D[r] ERNEST DUPRÉ
PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



PATHOLOGIE DE L'IMAGINATION ET DE L'ÉMOTIVITÉ

PRÉFACE DE M. PAUL BOURGET, DE L'ACADÉMIE FRANÇAISE
SUIVIE D'UNE NOTICE BIOGRAPHIQUE PAR LE D[r] ACHALME
DIRECTEUR DE LABORATOIRE A L'ECOLE DES HAUTES-ÉTUDES



PAYOT, PARIS
106, BOULEVARD ST-GERMAIN

1925

PRÉFACE

C'est en 1905 que j'ai fait la connaissance du grand psychiatre dont je viens d'écrire le nom (1), avec la tristesse d'un ami encore accablé par la nouvelle d'une mort si brutalement soudaine. Il exerçait, à cette époque, à l'Infirmerie spéciale de la préfecture de police, la fonction de médecin en chef dans laquelle il avait succédé à un autre remarquable aliéniste, Paul Garnier, l'auteur de ce livre trop peu connu, la Folie à Paris. *Quoiqu'il eût à peine quarante ans, Ernest Dupré occupait déjà dans l'opinion médicale une place de tout premier ordre. Il avait subi d'une manière éclatante les épreuves du concours des hôpitaux et de l'agrégation et donné sa mesure dans de nombreux travaux, en particulier un long et définitif mémoire sur les* Psychopathies organiques, *paru dans le* Traité de pathologie mentale *publié sous la direction de Gilbert Ballet. Les âpres séances de labeur que supposaient et ces examens et ces écrits l'avaient laissé extraordinairement jeune d'aspect et d'allures. Il était de petite taille, mince, avec une souplesse extrême de ses moindres mouvements, et un visage aux traits si fins qu'éclairaient deux yeux bleus d'une limpidité singulière derrière son lorgnon. Tout dans sa personne, regard, gestes, parole, disait la supériorité et l'intelligence. Quel contraste avec les lamentables loques humaines qu'il avait pour métier de regarder et de classer! On sait que l'on amène à l'Infirmerie spéciale tous les délinquants, tous les anormaux, arrêtés de la veille ou du jour, et suspects d'aliénation. Le médecin devant lequel ils comparaissent doit décider s'ils seront remis à la justice comme responsables en dépit de leurs excentricités et de leurs simulations, ou bien si leur état mental exige l'internement. Je revois à cette minute cette sombre salle basse du rez-de-chaussée dans l'un des bâtiments de la Conciergerie, où se passent ces sinistres examens. J'y suis revenu*

(1) Ces pages que M. Paul Bourget a bien voulu nous autoriser à publier comme préface à l'œuvre du professeur Dupré sont reproduites du volume intitulé *Nouvelles pages de Critique et de Doctrine.* (Plon-Nourrit et Cie, éditeurs.)

depuis si souvent ! Une table à écrire et des chaises de paille, quelques photographies, un tableau noir en faisaient, en font encore tout le mobilier. Au dehors tourne un couloir sur lequel ouvrent des portes munies de barreaux, celles des cellules où les prisonniers attendent, quelques-uns en hurlant, d'autres accroupis sur une couchette. Décor de misère, mais tout de suite, à regarder Dupré, à l'écouter, ce décor se transformait ! L'obscur et tragique endroit devenait un passionnant laboratoire de psychologie expérimentale. L'homme ou la femme qui s'asseyait en face de lui était une créature bien dégradée, la conclusion pratique à tirer de l'interrogatoire tout administrative, mais le grand psychiâtre le conduisait, cet interrogatoire, avec une maîtrise si lucide, la sûreté de sa méthode était si forte, il déployait de telles ingéniosités d'analyse, un tel souci de dégager le type morbide dans le fouillis des phénomènes que la majesté de la Science ennoblissait peu à peu ce réduit funèbre. C'était la mise en lumière du mot profond de Gœthe : « L'enfer aussi a donc ses lois. » Lui-même, Dupré, s'animait, s'exaltait. La singularité des « cas » posés devant lui suscitait son génie, et quand il rédigeait son diagnostic, sur le papier officiel, de son écriture un peu écrasée, on avait l'impression qu'une page de clinique définitive se traçait là, sous cette plume, pour aller se perdre, parmi des centaines d'autres, dans les dossiers de la préfecture. De cet anonymat de ses quotidiennes trouvailles, le bon ouvrier désintéressé qu'était Dupré n'avait pas de regret. Il regrettait en revanche qu'un si bref espace de temps lui fût accordé pour étudier ces malades, qu'il lui fallait aussitôt expédier aux asiles. Je me souviens de l'accent avec lequel il disait un jour devant moi à Poncet, le professeur de Lyon :

« — Imaginez ma vie, mon cher maître ! Tous les jours, on m'apporte des trésors. Vous m'entendez, des trésors ! A peine les ai-je tenus entre mes mains, on me les enlève ! »

Et je me rappelle aussi l'étonnement de Poncet, lequel avait, en sa qualité de grand chirurgien, cette sensibilité devant la souffrance morale qu'un des maîtres du bistouri, M. Jean-Louis Faure, a si justement notée dans son éloquent essai sur l'Ame du chirurgien.

« — Ah ! les trésors de votre ami Dupré ! » me répétait sans cesse Poncet. « Des trésors, ces malheureux ! Moi qui

ne pourrais pas entrer sans horreur dans une maison d'aliénés ! »

Et il répétait : « Des trésors ! » en levant au ciel ses fortes mains bienfaisantes. J'aimais ce geste et cette pitié de l'énergique opérateur à la seule idée de ces déchets de l'humanité, comme j'aimais Dupré pour son enthousiasme. Les deux savants n'ayant pas la même besogne ne pensaient pas sur le même plan.

Quand Dupré qualifiait ainsi de « trésors » les sujets de l'Infirmerie spéciale, c'est qu'il les considérait avec raison comme les exemplaires les plus riches qui puissent être fournis à l'aliéniste. Le malade de l'asile est vraiment l'aliéné, au double sens du terme : étranger à soi-même, étranger à la société. Celui de l'Infirmerie spéciale vient d'être pris à même son existence coutumière. Il y a un jour, il y a quelques heures, il allait, il agissait. Il évoluait dans un milieu, le nôtre, en s'y adaptant. Il vient seulement de franchir la frontière qui sépare le normal de l'anormal. Si l'on considère la maladie comme l'extrême limite vers laquelle tendent une foule d'états qui en sont l'ébauche, la psychologie morbide n'est que le tableau, poussé et complet, des désordres qui s'esquissent et s'estompent dans la psychologie saine encore. Ces déséquilibrés, si voisins du demi-équilibre, offrent à l'observateur une chance de mieux démêler les antécédents dont ce maniaque, ce dément, ce cyclothymique, ce mélancolique, ce paranoïaque est l'aboutissement. C'était le motif qui rendait si précieuse à Dupré sa fonction de médecin du Dépôt. Son pas si leste se faisait plus rapide pour gagner la porte du quai des Orfèvres et traverser la triste cour, où stationne sans cesse quelque voiture cellulaire, prête à emporter vers Saint-Lazare les filles qui passent la visite dans le bâtiment à gauche de cette entrée. Le Dépôt, c'était sa maison. Il avait pour la psychiâtrie le culte d'un Flaubert pour la littérature, d'un Michelet pour l'histoire, d'un Biot pour la physique. Il était de la généreuse lignée, qui se reconnaît au frémissement de tout l'être devant une certaine œuvre intellectuelle. Son mot sur « ses trésors » s'apparente à la phrase de Flaubert exigeant du littérateur « que tous les accidents du monde, dès qu'ils sont perçus, lui apparaissent comme une illusion à décrire. Tellement que toutes les choses, y compris sa propre existence, ne lui semblent pas avoir d'autre utilité ». Ecou-

tez l'accent de Michelet racontant sa sortie à la fin de son cours : « L'été s'avance, la ville est moins peuplée, la rue moins bruyante, le pavé plus sonore autour de mon Panthéon. Ses grandes dalles blanches et noires sonnent sous mes pieds. Je rentre en moi. Je m'interroge sur mon enseignement, sur mon histoire... » Ecoutez le vieux Biot disant au jeune Pasteur, avant une expérience sur les cristaux de paratartrate :

« — Mon cher enfant, j'ai tant aimé les Sciences dans ma vie que l'idée de ce qui va se passer là, me fait battre le cœur. »

Dupré appartenait à cette race des fervents passionnés de la pensée. Il avait d'ailleurs de qui tenir. Son père, camarade d'Ecole normale de M. Taine, avait été un des plus brillants professeurs de rhétorique des lycées de Paris, à l'époque des Aubert-Hix, des Merlet, des Pierron, des Boissier, des Lemaire, de tous ces universitaires de la vieille formation classique, en qui se prolongeait la tradition des humanistes d'autrefois. De là, chez le fils de ce bon latiniste, cette élégance précise et fine du style qui distingue ses mémoires les plus techniques, et, en particulier, ses rapports d'expert. Je citerai les pages sur l'opiomanie dans sa note sur l'affaire Ullmo, son analyse des crimes génitaux dans l'affaire Soleilland. Telle de ses notes parues dans les journaux médicaux, constitue par elle seule un chef-d'œuvre de « raccourci », par exemple son portrait du Mendiant thésauriseur. *Le lettré en lui égalait le savant. Tout naturellement, comme à nous autres écrivains, les beaux vers des poètes lui revenaient pour exprimer ses propres sentiments. Dans le dernier billet que j'aie reçu de lui, et en réponse à mon insistance pour qu'il achevât son étude commencée, à la destination de la* Revue hebdomadaire, *sur les grands imaginatifs de la littérature, il concluait, après avoir déploré la surcharge de ses occupations professionnelles : « Je pense avec le douloureux Baudelaire :*

« Bien qu'on ait du cœur à l'ouvrage,
« L'art est long et le temps est court. »

Il disait trop juste. Son billet porte la date du 23 août. Le 31, au soir, il était foudroyé par une attaque, laissant inachevées et ces pages et tant d'autres ! C'est toujours le Pendent opera interrupta... *de Virgile, ce maître de la culture gréco-romaine, dont était issu notre ami.*

Nous tenons là, me semble-t-il, l'intime motif qui l'avait déterminé à choisir, dans le vaste champ médical, le domaine de la psychiâtrie. Elle est une science, mais qui confine, au point de sans cesse l'envahir, avec la littérature d'observation. Tel drame de Shakespeare, telle comédie de Molière, tel roman de Balzac ne nous offrent-ils pas de véritables tableaux cliniques, auxquels il ne manque qu'une étiquette pour être rangés dans un chapitre d'un Précis de psychiâtrie, *comme celui que nous a laissé le regretté Régis?* Othello, *c'est le* délire du jaloux; Hamlet, *c'est l'obsession* du doute ; Lear, *c'est la* démence sénile délirante ; *le* Malade Imaginaire, *c'est une victime d'*idées hypocondriaques nosophobiques ; *dans* Ursule Mirouet, *vous trouverez un* délire onirique systématisé. *Comment le passionné de littérature et de science à la fois qu'était Dupré n'eût-il pas été attiré par des études qui satisfaisaient la double tendance de sa nature? Comment aussi n'eût-il pas été attiré, lui, si actif, si curieux de nouveauté, par ce que la psychiâtrie représente de découvertes à tenter? C'est une science toute récente, et qui n'est pas faite. De quand date-t-elle? De Pinel et de ce* Traité de la manie, *publié en l'an IX, dont Cuvier a pu dire « que ce n'était pas seulement un livre de médecine, mais un ouvrage capital de philosophie et même de morale ». En 1838, le successeur de Pinel, Esquirol, donnait les deux volumes de son* Traité des maladies mentales. *Il décrivait la* monomanie *et soupçonnait* la paralysie générale. *L'école de Charenton la discernait et la découvrait, tandis que celle de la Salpêtrière démêlait avec Trélat la* folie lucide, *avec Voisin l'*idiotie, *avec Falret la* folie circulaire, *avec Baillarger la* folie à double forme. *Ces quelques indications suffisent à montrer à travers quels tâtonnements la science des maladies mentales a passé, depuis un siècle qu'elle a vraiment commencé de se constituer. On a pu distribuer le chemin parcouru par elle en trois étapes : l'étape descriptive, l'étape anatomo-clinique, enfin l'étape biologique. Elle en est aujourd'hui à considérer les désordres mentaux comme des syndromes. L'étymologie de ce terme le définit admirablement. Syndrome signifie concours. Dégager et classer des signes cliniques qui se juxtaposeront de manière à former un type morbide, le travail des psychiâtres paraît actuellement devoir se borner à cette tâche. Ils obéissent ainsi à la règle donnée par*

Trousseau dans son célèbre mémoire sur la Spécificité des maladies : « *Eh bien ! messieurs, dans les maladies qui semblent les plus rapprochées les unes des autres, il y a des caractères spécifiques qui les distinguent autant que les diverses espèces d'une même famille naturelle, végétale ou animale, se distinguent entre elles.* » *Humble tâche, mais dont la limitation est momentanément imposée au psychiâtre par « notre ignorance foncière de l'étiologie et de la pathologie des maladies mentales ». C'est le texte même de la phrase par laquelle Dupré termine sa préface à la traduction de la* Psychiâtrie clinique *de Krœpelin. Il ajoutait : « Nous sommes dans l'impossibilité, à l'heure présente, d'édifier une doctrine psychiatrique satisfaisante. Nos systèmes sont purement provisoires, et c'est seulement l'observation clinique patiente et prolongée qui permettra dans l'avenir de transformer et d'élargir les classifications actuelles.* »

*Trente années durant, Dupré a travaillé dans ce sens. Les mémoires et les articles où il a ramassé ses observations sont innombrables. Les deux élèves si distingués qui lui ont succédé à l'*Infirmerie spéciale, *MM. les docteurs Logre et Heuyer, les réuniront certainement* (1). *J'ai quelques-unes de ces brochures devant moi, en ce moment, et j'en transcris les titres au hasard qui donneront une idée de la variété et de la richesse de ce labeur :* les Auto-accusateurs, Anthropologie psychique, les Ivresses délirantes transitoires, Débiles ambitieux, Psychose hallucinatoire chronique, les Délires d'imagination, le Puérilisme mental, le Psycho-diagnostic de la paralysie générale, la Mythomanie infantile, les Empoisonneurs, la Constitution émotive. *Je m'arrête sur cette dernière formule qui se rattache à l'œuvre ultime dans laquelle Dupré se proposait de ramasser la somme de ses expériences :* la Pathologie de l'imagination et de l'émotion. *Il est le premier qui ait reconnu l'importance des constitutions psychologiques individuelles dans l'évolution des psychoses. En proposant de nommer* maladie de Dupré *la* psychonévrose émotive *que notre ami a dégagée avec tant de finesse, M. le docteur Maurice de Fleury me paraît avoir distingué très justement ce qui restera le plus remarquable apport de ce beau génie médical prématurément frappé par la mort.*

(1) C'est ce que le Dr Logre vient de faire dans le présent volume.

Ce témoignage trop peu compétent qu'essaie de rendre à Dupré le modeste élève du dehors qu'il a eu en moi, serait incomplet si je n'ajoutais pas que le savant chez lui était doublé d'un homme animé par les plus belles vertus de dévouement. Je n'ai connu personne possédé davantage du besoin de servir, — servir la science, servir l'humanité, servir la société, servir le pays. Dans les hôpitaux, comme à l'Infirmerie spéciale, comme dans sa clientèle privée, il se donnait tout entier. Ce qu'il a écrit de son prédécesseur Paul Garnier, je pourrais l'écrire sur lui-même : « Il avait le culte de sa profession et il aimait les aliénés. Ceux-ci, gagnés par l'amabilité de son accueil, la simplicité de ses manières et la douceur de son interrogatoire, se sentaient à l'aise avec lui et se livraient à ce confesseur indulgent et familier. Il calmait les violents, gagnait les méfiants et décontenançait les simulateurs. La plupart des malades lui gardaient, au terme de leur pénible odyssée administrative, un souvenir reconnaissant. » Il insistait : « J'ai entendu plusieurs fois la touchante expression des regrets que la disparition de cet homme de bien provoquait chez les infortunés auxquels sa parole avait apporté un peu de réconfort, de consolation et d'espérance. » Tous les malades soignés par Dupré lui appliqueraient cet éloge. Ceux qui ont été admis dans son intimité en ajouteraient un autre, celui d'avoir été, pendant cette guerre, un admirable patriote. En action d'abord : — il s'est usé, trop âgé déjà pour aller au feu, en multipliant les besognes de dévouement à l'Infirmerie spéciale, à Laënnec, à la Faculté, à Sainte-Anne, au Val-de-Grâce. En courage : — nous soutenant tous par sa flamme de confiance dans les destinées de la nation, par son enthousiasme pour l'armée et pour les chefs. En l'accompagnant à son repos dans ce cimetière du Père-Lachaise qui est celui de Balzac, j'avais le sentiment que le pays venait de perdre non seulement un grand savant, mais un bien bon Français. Je voudrais avoir su mieux le dire.

PAUL BOURGET,
de l'Académie Française.

ERNEST DUPRÉ

Tous ceux qui sont au courant des coutumes de l'Internat dans les hôpitaux parisiens savent toute l'importance que revêt la transmission annuelle des services. Plus encore que le changement de milieu et de personnel, le point d'interrogation le plus émouvant est certainement la composition de la nouvelle salle de garde. Le hasard, en effet, réunit ce jour-là les camarades avec lesquels on vivra pendant une année dans une intimité de tous les instants. Le premier repas pris en commun est donc un événement plein de virtualités prochaines. Ce fut dans ces conditions qu'au début de 1890, je fis la connaissance d'Ernest Dupré. Sa réputation d'esprit et d'entrain, légendaire dans l'internat, l'avait déjà précédé et m'intimidait un peu ; mais lorsqu'il vint s'asseoir près de moi à la table commune, je sentis de suite que nous allions devenir deux amis.

Il nous fallut peu de temps pour affirmer la communauté de nos goûts et de nos idées. Ce fut, presque ce premier jour, dans une discussion générale, notre manière identique de concevoir la vérité scientifique. La mode — qui s'est aggravée encore depuis — était déjà à un scepticisme artificiel sur la réalité du monde extérieur aboutissant à une notion purement subjective de la vérité. Au risque de paraître retardataires, nous nous fîmes l'un et l'autre les champions de l'objectivisme, et, longtemps après que le champ de bataille eût été déserté par le camp adverse, nous causions encore dans le charme de notre amitié naissante.

Je découvris et aimai en lui cette indépendance d'esprit qui ne lui faisait reconnaître d'autre hiérarchie que celle du mérite. L'autorité étroite, liée à la fonction plutôt qu'à la valeur du titulaire, lui était insupportable et il donnait au mot pion une expression de dédain inoubliable. Une communauté d'études nous rapprochait aussi. Dupré venait de publier un mémoire sur les parotidites qui fut son premier succès scientifique. Il avait bien vu la propagation des microorganismes, remontant le sens du courant dans les canaux salivaires au cours des hyposécrétions glandulaires et il se demandait si l'on pouvait mettre en évidence une pathogénie semblable dans les infections biliaires. Il voulait consacrer à ce sujet son mémoire de concours et sa thèse et me proposa de l'aider dans la partie technique pour laquelle une collaboration était nécessaire. J'acceptai avec joie et, dès ce jour, l'après-midi au laboratoire de Brouardel, le soir au Quartier, à Montmartre, partout où la capitale montre son visage joyeux — car Dupré était un compagnon aussi charmant dans le plaisir que dans le travail — nous vécûmes en communion complète, dans le mépris du *birbisme* qui fut, je crois, le premier en date des néologismes de Dupré.

Tel fut le début de ce dialogue amical qui devait durer trente-cinq ans. Car, séparés par la vie et nos carrière divergentes, dans des occasions que, comme moi, je le crois, il trouvait trop rares et trop courtes, nous le reprenions au point précis où nous l'avions laissé. Et ces lignes, dans lesquelles je cherche à condenser la multitude de souvenirs que son image évoque en moi, me semblent prolonger une dernière fois cette exquise conversation à laquelle la mort a si brutalement apposé son point final.

Au point de vue somatique comme au point de vue psychique, Ernest Dupré était nettement un Celte. De taille moyenne, mince, élancé, d'allure toujours vive ; toute sa vie, toute sa jeunesse étaient concentrées dans son visage mobile qu'éclairaient deux yeux d'un bleu limpide, et, malgré l'écran du lorgnon, son regard nuançait les expressions les plus diverses depuis l'ironie cruelle jusqu'à la bienveillance joyeuse en une gamme aussi riche que celle des sentiments qui l'agitaient.

Sa formation intellectuelle avait été aussi classique que possible et son père, un des plus remarquables professeurs de rhétorique des lycées parisiens, lui avait transmis son respect de la langue et son goût pour l'harmonie des mots. A cette innéité celtique, à cette culture gréco-latine, à ce parisianisme que, déracinés de province, nous lui enviions, Dupré avait ajouté, par de nombreux séjours en Allemagne et la traduction d'ouvrages classiques allemands, une connaissance approfondie des méthodes germaniques. Ainsi s'explique peut-être la variété de son esprit et la perfection de son œuvre.

Il avait également su choisir ses maîtres dans les hôpitaux de manière à ne laisser aucune lacune dans son éducation médicale. De Duguet et de Chauffard, il avait reçu le culte de la clinique et l'amour de l'observation complète. A Brouardel, pour lequel il professait un sentiment de reconnaissance presque filiale, il avait emprunté un peu de sa philosophie souriante mais légèrement sceptique ; et l'enseignement de Landouzy, avec lequel il avait une certaine ressemblance physique, l'avait impressionné par sa richesse verbale et son incessante activité. Malgré son désir, il n'avait pu être l'interne de Charcot dont il admirait le culte passionné de la science et la netteté dans la création de cadres nosologiques nouveaux. Pendant son internat à la Pitié, il était heureux lorsque les possibilités de son service hospitalier lui permettaient d'aller à la Salpêtrière écouter la parole du grand maître qui l'attirait non moins que les liens d'amitié qui l'unissaient à Babinski alors chef de clinique de la chaire des maladies nerveuses.

C'était l'époque où les méthodes anatomiques commençaient à montrer leur insuffisance dans l'explication de la pathologie nerveuse et où apparaissait la nécessité de compléter l'étude des troubles organiques par celle des troubles dynamiques. Dupré vit immédiatement l'importance de cette notion qui eut sur sa vocation une influence décisive et ses études sur le *méningisme* furent la première manifestation de cette nouvelle orientation

de son esprit. Sa nature impatiente s'accommodait mal des lenteurs de la technique et, d'autre part, il percevait l'encombrement sur la route qui menait au premier rang dans la médecine générale.

Conscient de sa valeur, mais sans autre ambition que de donner à sa personnalité son développement complet, il distingua de bonne heure la voie qui lui convenait et, poussé par Motet qui fut toujours pour lui un maître et un guide éclairé, il s'achemina d'un pas ferme vers la chaire des maladies mentales, qui, un peu parente pauvre à la Faculté, n'avait pas encore trouvé son grand homme.

En effet, tout l'y poussait. Une année d'internat à Bicêtre lui avait donné le premier contact avec le psychisme anormal, et il sentait ne pouvoir trouver un meilleur terrain pour allier l'observation du clinicien, la sagacité du médecin légiste et la curiosité du savant, avide d'explorer des régions inconnues. Puis il suivait ainsi la pente naturelle de son esprit : car il était psychologue d'instinct, et avant que le mot ne fût inventé et dans un sens moins étroit que celui de Freud, il faisait de la psychanalyse sans le savoir. Bien avant qu'il fût devenu le premer psychiâtre de son époque, nul ne savait mieux que lui déshabiller une âme et en découvrir les ressorts cachés et les mobiles secrets. C'était pour lui un plaisir en même temps qu'un exercice, que de prévoir la réaction d'un camarade dont il connaissait la mentalité, en présence d'un fait déterminé et la confirmation de ses prévisions lui causait de véritables joies d'enfant. Mais peu à peu le problème de l'âme humaine lui apparut dans toute son ampleur comme l'énigme à la fois la plus passionnante et la plus décevante.

Ennemi de toute métaphysique d'école, il sentit que pour connaître les éléments de cet équilibre instable qu'est la vie psychique, l'étude de la pathologie mentale était la meilleure méthode. L'absence ou l'hypertrophie d'un de ces éléments devait, en effet, produire une rupture de cet équilibre dans un sens déterminé et déceler ainsi l'importance et le rôle de cet élément mieux que son étude directe dans cet équilibre lui-même. C'est ainsi que le physiologiste supprime ou excite un organe pour en étudier la fonction.

De ses fortes études secondaires, Dupré avait gardé les cadres de la psychologie classique et il fut, dès l'abord, frappé de l'inégalité de traitement qu'accordaient les psychiâtres aux diverses facultés de l'âme humaine. Les altérations du jugement et de l'intelligence avaient, jusqu'à lui, attiré surtout l'attention des pathologistes. Bien que qualifiée, depuis longtemps de folle du logis, l'imagination avait toujours été considérée comme un sujet d'études plutôt littéraire que médical. Ce champ nouveau intéressa Dupré qui avait un grand respect pour la puissance créatrice de l'imagination et donnait son sens étymologique au mot poète ; aussi ses découvertes dans ce monde inconnu furent-elles, dès le début, décisives.

Il considérait l'hérédité, non comme une théorie mais comme un fait, et la recherche de l'origine des idées le passionnait. Pour les surprendre à leur naissance, il se pencha sur l'âme de l'enfant et ce qu'il y vit fut pour lui une révélation. Il fut frappé de ce qu'à cet âge où les notions acquises ne compliquent pas encore le fond provenant de l'héritage, le rôle de l'imagination domine au point de provoquer une confusion entre le subjectif et l'objectif faisant ainsi du mensonge un phénomène presque physiologique. Telle fut la genèse de son travail sur le témoignage des enfants. Mais l'exagération de ce phénomène et sa persistance à l'état adulte franchissaient les limites de la physiologie et donnaient naissance à des syndromes morbides dont la systématisation est une des œuvres capitales de Dupré. Depuis tous les degrés de la mythomanie jusqu'aux délires d'imagination et aux psychoses imaginatives aiguës, toutes les transitions ont été observées par lui, ce qui fait de ces études un tout harmonieux et complet.

La sensibilité n'était pas moins négligée que l'imagination par les anciens psychiâtres : Dupré vit immédiatement la lacune et chercha à la combler. Il le pouvait d'autant mieux que, pour ceux qui le connaissaient bien, il possédait une sensibilité aiguisée et si elle n'apparaissait que rarement au dehors, c'était grâce au contrôle rigoureux auquel elle était soumise. Il explora donc les réflexes émotifs comme d'autres étudièrent les réflexes tendineux et groupa sous le nom d'émotifs constitutionnels tous ceux chez lesquels ces réflexes présentent une exagération permanente par suite de la disproportion entre la cause et l'effet. Il avait déjà bien établi ce nouveau cadre nosologique lorsque la grande guerre élargit à l'infini le champ de ses observations dans ce domaine et lui permit d'établir si définitivement les caractères des psychonévroses émotives que de Fleury — dont le livre sur les angoisses fait autorité — proposa de donner à ce syndrome le nom de « maladie de Dupré ».

L'abondance des matériaux qui se présentaient à lui lui permit d'ajouter des pages importantes à tous les chapitres de la pathologie mentale et si la maladie puis la mort n'avaient pas brutalement arrêté son élan, nul mieux que lui n'aurait pu donner de nos acquisitions actuelles en psychiâtrie la synthèse qu'il rêvait.

En dehors des articles dont les plus importants sont réunis dans ce volume, l'œuvre de Dupré consiste surtout en rapports qu'il écrivit comme expert mental dans des causes dont quelques-unes eurent leur heure de célébrité. Par l'observation aiguë qui s'en dégage, la netteté des conclusions, la clarté du style et l'ordonnance même dans le classement des faits, certains d'entre eux qui ont été publiés, comme les rapports sur les affaires Ullmo et Soleilland, peuvent constituer des modèles. Mais là encore, la personnalité de Dupré présentait une originalité particulière par la manière dont il comprenait le rôle du médecin légiste ou plutôt de l'expert mental.

Il se révoltait contre le truisme habituel grâce auquel les magistrats semblaient vouloir se dérober à la responsabilité de leurs fonctions en se contentant de demander au médecin si l'accusé était fou ou non. Le mot est resté classique par lequel il releva aux assises les objurgations du défenseur de Soleilland, lui demandant s'il pouvait affirmer en son âme ou conscience que son client n'était pas fou. Dupré se recueillit et répondit de sa voix incisive : « Monsieur l'avocat, le mot fou n'a pas de sens scientifique. »

Il considérait que l'expert était un auxiliaire de la justice, mais n'avait pas à se substituer au juge. Notre ignorance sur le déterminisme de la volonté donnait pour lui un vague parfum de métaphysique à la question de la responsabilité pénale qui lui parut toujours mal posée. L'énorme lacune de notre législation sur les aliénés criminels lui semblait une anomalie d'un autre âge. Si on admet, en effet, avec le simple bon sens, que la société a le devoir de se protéger plus encore que celui de punir, celui qui commet un crime sans but ni mobile apparents est plus dangereux que celui qui, sans présenter de phénomènes pathologiques, est entraîné à un acte criminel par un concours de circonstances ayant les plus grandes chances de ne pas se reproduire. Dans ses études sur la perversion instinctive, Dupré a bien établi cette anomalie et montré l'illogisme qui domine nos méthodes de préservation sociale. Aussi, nullement partisan des modes de sanction, il ne voulait intervenir dans l'appareil judiciaire que pour répondre à une question précise : l'acte reproché était-il, ou non, la manifestation ou le symptôme d'un état pathologique caractérisé ? Sur ce terrain dont il ne voulait pas s'écarter malgré les embûches que lui tendaient l'accusation ou la défense, Dupré se sentait avec raison le maître, car nul mieux que lui n'avait exploré ces frontières du psychisme normal et du psychisme morbide pour l'établissement définitif desquelles les commissions de délimitation resteront longtemps encore impuissantes.

De tous les Dupré que j'ai aimés, le professeur fut celui que je connus le moins. Habitué aux coulisses de son esprit, je ne l'ai que rarement vu sur la scène. Il me confiait, du reste, que le monologue de la chaire lui était plutôt pénible et que l'absence d'interlocuteur le privait d'une excitation cérébrale, ce qui rendait moins intense l'expression de sa pensée, et, de fait, son véritable théâtre était le lit du malade où ses dons pédagogiques pouvaient se développer dans toute leur ampleur.

Le recueil de ses leçons écrites est un monument élevé à ses qualités professorales, mais la caractéristique de Dupré était surtout la vie. C'était un animateur dans toute la force du terme. Il obligeait ses élèves à réfléchir, car il était implacable aux réponses « à peu près » ; mais dès qu'il sentait un cerveau à l'unisson du sien, il le faisait vibrer et en tirait des résonances nouvelles. La facilité avec laquelle il suivait le travail de son partenaire lui permettait de l'orienter par la ligne droite vers le but final et, en cela, il était un véritable accoucheur d'idées.

Les nombreuses occupations de Dupré lui laissaient peu de temps pour la pratique médicale. Et pourtant quels succès n'y eût-il pas remportés ? Il regrettait souvent que la spécialité, choisie par lui, lui interdît, pour ainsi dire, le contact journalier avec sa clientèle de malades ; mais, comme consultant, sa supériorité était incontestée et sa réputation universelle. La précision de son diagnostic et surtout de son pronostic, l'élément le plus important et le plus difficile de la pathologie mentale, était appréciée de tous les praticiens, peu familiarisés, en général, avec les difficultés de la psychiâtrie.

Mais si, pour une raison de science ou de sentiment, il était amené à des visites fréquentes à un malade, il s'y intéressait avec cette passion qui accompagnait tous ses actes. Un peu sceptique à l'égard de l'arsenal pharmaceutique dont l'odeur lui fut toujours antipathique, il était lui-même le meilleur remède. Sa science pénétrante qui lui permettait de faire vibrer les cordes les plus rouillées, son tact exquis qui lui faisait si facilement trouver les mots qu'il fallait dire, sa gaieté communicative savaient amener un sourire sur les lèvres les plus cristallisées par la souffrance ou la maladie ; aussi son retour était-il espéré comme celui du meilleur des amis.

Tout en restant toujours sur le terrain scientifique, Dupré ne se contentait pas de la sèche classification des faits et il savait en lier les gerbes à l'aide de vocables toujours bien choisis, où la correction étymologique s'alliait à l'élégance harmonieuse. Ces néologismes furent toujours immédiatement adoptés dans la science et certains d'entre eux, comme les mots de mythomanie, émotif, n'attendirent pas le lent travail du dictionnaire pour passer dans la langue courante. Car la présentation n'était pas un des moindres soucis du savant et de ces fleurs vénéneuses et rares que sont les beaux cas pathologiques, il savait composer des bouquets où la science le disputait à l'art.

Artiste, Dupré l'était profondément et d'une manière très personnelle. Malgré de longues causeries avec Puvis de Chavannes auquel il avait, pendant plusieurs années, donné des soins presque quotidiens, il était peu accessible aux émotions visuelles. L'enthousiasme d'un ami devant une belle ligne de montagnes ou l'embrasement d'un coucher de soleil l'étonnait un peu et lui semblait un sujet plus intéressant que le paysage lui-même. Voyager, c'était pour lui changer de milieu psychique et le décor restait à l'arrière-plan. A son retour, les souvenirs qu'il évoquait se rapportaient toujours aux personnes plutôt qu'aux choses.

Il était plus sensible à la musique dans laquelle, toutefois, il goûtait mieux le rythme que l'harmonie. Pour lui, la véritable harmonie comme le vrai pittoresque était dans l'expression de la pensée. Le mot heureux appliqué à l'idée rare était la plus grande source de ses joies ; et, cette joie, tout son être l'exprimait par une mimique inoubliable que ponctuait un geste personnel des mains.

Sa bonne humeur était si expansive que la présence de Dupré dans les salles de garde d'abord, dans le monde plus tard, était recherchée comme un incomparable attrait. Mais, contrairement à beaucoup de causeurs célèbres qui ambitionnent une galerie et dont la verve est excitée par le grand nombre d'auditeurs, c'était surtout dans l'intimité que Dupré prodiguait les qualités merveilleuses qui faisaient le charme de sa conversation. Il préférait en toutes choses la qualité à la quantité et, même, la présence d'auditeurs dont la mentalité était antipathique à sa sensibilité aiguë lui causait une impression pénible qui se traduisait parfois en une agressivité inattendue.

Sa conversation avait, en effet, toutes les qualités de l'escrime française. Après un engagement qui, parfois, se faisait attendre, l'assaut suivait un rythme accéléré et son partenaire avait difficulté à le suivre. Les réparties se croisaient, se liaient comme des épées en un cliquetis d'où les traits d'esprit jaillissaient en gerbes. Mais son triomphe était la riposte et si peu que son adversaire se découvrît, elle arrivait foudroyante et décisive. Puis Dupré tendait la main au vaincu avec un sourire où la bienveillance s'unissait à une indulgente ironie, car il n'aurait pas voulu que sa victoire laissât derrière elle la moindre amertume. Rien n'était comparable au spectacle de ces assauts et c'était là un de ces régals raffinés que l'on ne peut goûter qu'à Paris.

La variété de ses connaissances lui permettait d'aborder les sujets les plus divers ; mais il en était un sur lequel il n'admettait point la plaisanterie. C'était le domaine scientifique et plus spécialement celui de la pathologie mentale. Avide de comprendre, il voulait être compris, et l'interlocuteur, habitué à la banalité des propos de salon qui, dans une conversation d'allure scientifique, apportait une attention et un effort de compréhension insuffisants était rabroué de main de maître et s'étonnait de découvrir dans ce causeur spirituel des violences d'apôtre. Car cet incrédule ou plutôt cet incroyant était un apôtre.

Il y aurait, du reste, beaucoup à dire sur cette incroyance de Dupré. A force de se pencher sur les abîmes de l'irraison, il professait une répulsion instinctive pour tout ce qui n'était pas accessible à la raison. Il avait été très frappé d'un propos d'Emile Duclaux, une de nos admirations communes, et répétait souvent : « La foi n'est pas scientifique. »

Je me ferai un scrupule de classer Dupré, au point de vue philosophique, dans une de ces catégories artificielles créées par les métaphysiciens et pour les dénominations desquelles il professait une répulsion instinctive. On peut le rattacher à l'école positiviste plutôt qu'à l'école matérialiste proprement dite. Son matérialisme apparent n'était, en effet, qu'un matérialisme de dépit, et il aspirait à une base rationnelle d'un spiritualisme scientifique libéré d'idés religieuses. Du reste, il était incapable de tout sectarisme et, s'il soutenait ses idées avec talent et vigueur, c'est parce qu'il les croyait objectivement vraies et il était toujours prêt à les modifier si on lui montrait son erreur par des

faits scientifiquement établis ou des raisonnements meilleurs que les siens, ce qui, au demeurant, n'était pas une tâche facile.

Mais, au cours de la grande guerre qui devait lui imposer le surmenage auquel il a succombé, Dupré devait nous convaincre que, sur le terrain patriotique, il était capable de foi. Non qu'il méconnût les forces de l'Allemagne ; nul, en effet, dans le monde médical français, n'était mieux averti que lui des choses allemandes. Depuis sa jeunesse, il faisait de fréquents séjours outre-Rhin pour se perfectionner dans sa langue qu'il lisait et parlait fort bien. Je me rappelle même qu'au début de nos relations, notre sympathie naissante avait subi un léger arrêt par suite de l'insistance avec laquelle il arborait en salle de garde une casquette d'étudiant allemand qu'il avait rapportée d'Heidelberg.

Il avait ainsi apprécié la pesante armature des universités allemandes et voyait bien que, quelle que soit l'infériorité naturelle d'un peuple, sa concurrence dans tous les domaines était toujours redoutable du moment que, dans l'échelle des valeurs sociales, elle attribue à la science son véritable rang : le premier. Et il déplorait qu'il n'en fût pas de même en France où, au lieu de suivre le clair chemin tracé par les savants du XVIII[e] et de la première moitié du XIX[e] siècle, la mode répudiait souvent la clarté latine pour s'égarer dans l'obscur dédale de la pensée allemande. Toutefois, son avidité pour les faits observés lui inspirait un certain respect pour l'abondance de la littérature allemande et il regrettait âprement la perte de tant de cas intéressants pour la science par suite de l'indigence des publications françaises sur la psychiâtrie.

On savait outre-Rhin avec quelle facilité l'esprit français sème à tout vent et que, dans une phrase de Dupré, il y avait souvent matière pour plusieurs mémoires allemands. Aussi y était-il toujours accueilli avec un empressement qui était loin d'être désintéressé, car on espérait bien vivre des miettes de sa table. Je me rappelle encore avec quel sens pénétrant du milieu rhénan il nous racontait, peu de temps avant la guerre, sa visite aux fameux chevaux d'Eberfeld et la collationnait, pour ainsi dire, avec le récit du pèlerinage de Mœterlinck. Pendant son séjour dans la Ruhr, remplie alors de la fébrile préparation au crime de 1914, il avait été profondément impressionné par l'effort colossal de l'industrie lourde.

Aussi, lorsque les forces dont il connaissait la puissance se ruèrent sur la France, il dut craindre, comme tant d'autres, que, sous l'énorme masse de la fonte allemande, l'acier français ne pût résister. Mais lorsque le redressement de la Marne eût prouvé l'élasticité du précieux métal, il ne douta plus qu'une fois encore la qualité vaincrait la quantité et consacra toute son activité à répandre autour de lui sa foi dans la victoire finale. On le voyait, dès le matin, d'abord en costume de bicycliste, plus tard en bleu horizon, parcourir Paris pour se rendre aux nombreux postes où sa compétence lui permettait de rendre les meilleurs services. Et, sans préjudice de ses visites quotidiennes à l'hôpital,

il allait de l'infirmerie du dépôt au Val-de-Grâce, conscient des énormes responsabilités qu'il avait assumées sans compter et s'imposant ainsi un labeur sans détente qu'il devait payer de sa vie.

Il était un autre terrain, celui de l'amitié, sur lequel s'affirmait la foi de Dupré. C'était un ami fidèle, dans le sens étymologique du mot ; mais son amitié était loin d'être banale et, pour y pénétrer, il fallait franchir plusieurs cercles. Plutôt hostile aux figures nouvelles, lorsqu'elles n'évoquaient pas en lui une œuvre intellectuelle ou artistique, il réservait aux inconnus un accueil parfois brusque et intimidant. Puis si, de la similitude des recherches ou des idées, apparaissait une communion sur quelque point, l'intrus franchissait le cercle des camarades ou des élèves. Là, Dupré dépensait sans compter les trésors de son intelligence, guidant avec sûreté les néophytes et mettant à la disposition des autres les richesses de son érudition et de ses archives. Ignorant l'envie, malgré le proverbe, *invidia medicorum, pessima invidia*, il avait toujours joué le *fair play* dans le sport des concours qui le portèrent au premier rang. Son indulgence pour toutes les faiblesses, sauf l'ignorance et la paresse, ne connaissait pas d'ennemis, car si les flèches de son esprit égratignaient souvent, elles ne blessaient jamais.

Mais bien peu nombreux étaient les élus admis à pénétrer plus profondément dans son intimité où apparaissait un Dupré inconnu. Son amitié avait alors des délicatesses presque féminines et se rendait ingénieuse à trouver les mots qui, tour à tour, savaient animer, réconforter, consoler.

Toutefois, dans cette intimité elle-même, Dupré restait altruiste. Bien que son existence brillante n'eût pas été à l'abri de déceptions et de chagrins, il se faisait un scrupule d'attrister son entourage de leur récit, et, s'intéressant à toute la vie sentimentale de ses amis, il évitait de leur parler de la sienne. Pendant sa maladie et même alors qu'il se sentait irrémédiablement frappé, il affectait un optimisme que, pour la première fois, on ne sentait pas sincère. La soudaineté de l'épisode foudroyant qui l'emporta lui épargna heureusement la vue des regrets qu'il allait laisser, car il tenait dans la vie de ceux qui l'aimaient, une place d'une qualité si supérieure que rien ne pourra jamais combler le vide de son absence.

Dr ACHALME,

Directeur de Laboratoire à l'Ecole des Hautes-Etudes.

PREMIÈRE PARTIE

PATHOLOGIE DE L'IMAGINATION

CHAPITRE PREMIER

LA MYTHOMANIE

> Quoique les personnes n'aient point d'intérêt à ce qu'elles disent, il ne faut pas conclure de là absolument qu'elles ne mentent point; car il y a des gens qui mentent simplement pour mentir.
>
> Pascal, *Pensées*. Art. V 129

C'est le Professeur Dupré qui, on peut le dire, a créé en France la pathologie de l'Imagination.

Il a montré que certains sujets naissent avec une imagination déréglée qui les pousse non seulement à mentir, mais à concevoir et à débiter des fables, dont ils peuvent être dupes tout les premiers. Ces imaginatifs anormaux, ces déséquilibrés de l'imagination sont atteints, selon un néologisme proposé par Dupré, de Mythomanie (μῦθος *fable, mythe, et* μανια, *manie).*

La série des leçons, maintenant classiques, de Dupré sur la Mythomanie a paru dans le Bulletin médical *du* 25 *mars, des* 1er *et* 8 *avril* 1905. *Le mot était si bien venu qu'il a fait fortune aussitôt. Il est aujourd'hui consacré par l'usage, non seulement en psychiâtrie, mais encore dans la grande presse et le langage courant.*

Nous reproduirons d'abord les leçons sur la mythomanie. Nous les compléterons par les publications relatives aux Délires d'Imagination. Quand le mythomane est, en effet, victime de son dérèglement imaginatif au point d'ajouter foi à tout un ensemble, plus ou moins cohérent, d'idées fausses, sa mythomanie ne se borne plus à quelques illusions sans importance : elle a « passé au délire »; elle est devenue « mythomanie délirante ». Ces délires d'imagination offrent une physionomie clinique tout à fait à part et représentent, parmi les autres formes de délires, soit aigus, soit chroniques, une variété bien définie, isolée par Dupré et ses élèves.

LA MYTHOMANIE

Je propose ce néologisme pour désigner, dans un vocable général, de construction légitime et de sens clair (μῦθος, récit imaginaire, fable) la *tendance pathologique, plus ou moins volontaire et consciente, au mensonge et à la création de fables imaginaires*. Ce n'est pas ici l'histoire du mensonge et de la simulation, dans leurs différentes formes, que j'envisage, mais bien l'étude d'une tendance constitutionnelle qui pousse certaines catégories d'individus à mentir, à simuler et à inventer, par l'activité pathologique de l'imagination créatrice, des fables et des situations dépourvues de réalité objective. Ces créations imaginaires s'extériorisent sous forme soit de récits oraux ou écrits, soit de *simulations d'états organiques* anormaux, qu'on peut considérer comme des mensonges objectifs, des *fables en action*. Nous verrons tout à l'heure comment, par la collaboration inégale de l'erreur spontanée et provoquée, du mensonge et de l'activité subjective de l'imagination créatrice, la mythomanie aboutit à la genèse de situations médico-légales du plus grand intérêt pour l'expert en général et pour l'aliéniste en particulier.

Il importe, avant d'entrer dans l'exposé de notre sujet, de déblayer le terrain et d'écarter de notre étude les faits d'altération volontaire ou involontaire de la vérité, qui, secondaires à d'autres modes, pathologiques ou normaux, de l'activité psychique, ne ressortissent point à la mythomanie, telle que nous l'avons définie.

En effet, bien des formes d'aliénation mentale entraînent

les malades à altérer la vérité, à créer de toutes pièces des situations imaginaires et à vivre des romans d'origine purement subjective. N'est-il pas dans l'essence même de la folie de rompre le lien logique qui rattache l'individu à son milieu ? Et ne savons-nous pas que la plupart des processus psychopathiques, en faussant par le délire, en obnubilant par la confusion, ou en effaçant par la démence notre image cérébrale de l'univers, aboutissent à livrer notre personnalité au jeu désordonné des opérations mentales les plus illogiques et les plus absurdes ? L'onirisme des délires hallucinatoires, la déviation logique des psychoses systématisées, le déséquilibre émotif et volontaire des états de doute et d'obsession, les troubles sensoriels et affectifs des affections confusionnelles, maniaques ou mélancoliques, l'insuffisance congénitale, ou la destruction démentielle du substratum organique de l'entendement représentent autant de facteurs pathologiques d'erreurs sensorielles et de mythes qui doivent rester étrangers au cadre de la mythomanie proprement dite.

Le mensonge et la simulation épisodiques ne rentrent pas non plus dans le cadre de la mythomanie. Ces incidents occasionnels n'appartiennent pas plus à notre étude que les épisodes de peur, de paresse, ou de colère ne rentrent dans le cadre nosologique de la phobie, de l'aboulie ou de la fureur. De même qu'il existe des peurs utiles, des colères légitimes, il est aussi des mensonges et des simulations nécessaires, que commandent soit l'instinct de la conservation, soit les divers sentiments altruistes de la vie sociale. Tandis que le *phénomène psychologique normal* apparaît motivé, épisodique et proportionné à sa cause, le *phénomène psychologique morbide* se montre non ou insuffisamment motivé, persistant dans sa durée et disproportionné dans son intensité. Par son manque de finalité logique, par sa durée anormale, par sa nature inharmonique, le phénomène pathologique, devenu franchement étranger ou nuisible aux intérêts de son auteur, apparaît par là même morbide. D'ailleurs, on constate toujours la coexistence, chez les déséquilibrés, de diverses anomalies mentales ; et

l'étude des affinités mutuelles de toutes ces réactions morbides permet de déterminer, dans une sorte de synthèse clinique, la formule psychopathique propre à chaque sujet.

Ce critérium nous autorise à reconnaître et à étudier, comme malades, les sujets *constitutionnellement enclins à organiser* par leurs *paroles*, leurs *écrits* ou leurs *actes*, des *fictions* plus ou moins fréquentes ou prolongées, à *tromper* ainsi leur entourage sous l'influence de *mobiles* eux-mêmes *pathologiques*, et à traduire enfin par cette *aptitude élective au mensonge*, à la *simulation* et à l'*invention romanesque*, une tendance d'action et une forme d'esprit que désigne le terme de *mythomanie* ou de *mythopathie*.

Abandonnant aux psychologues l'étude philosophique et morale des entités mensonge et simulation, et ne retenant que l'observation des sujets et des faits, tels que la pratique psychiâtrique et médico-légale les offre au médecin et à l'expert, l'aliéniste peut ainsi essayer d'établir, sur l'étude des *menteurs*, des *simulateurs* et des *fabulants*, l'histoire pathologique et médico-légale de la mythomanie.

Activité mythique normale de l'enfant

Si la mythomanie est, par définition, un état pathologique, une tare morbide, il est cependant une période de la vie où elle représente un état physiologique et résulte de l'exercice normal des fonctions psychiques. Cette période de la vie est celle de l'*enfance*, non seulement de l'homme, mais de l'humanité.

Dans le développement de sa vie organique, en effet, l'homme parcourt les étapes successives, accomplies dans le cours des âges par ses ancêtres du monde animal. Soumise à cette loi fondamentale de l'ontogénie, notre activité psychique parcourt la même évolution, et les manifestations des premiers stades de la vie de l'esprit se retrouvent les mêmes chez l'homme primitif, chez le sauvage ou chez l'enfant des civilisations modernes. Celui-ci, représentant de la mentalité de ses ancêtres, offre, dans ses réactions psychiques, la plupart des caractères que l'an-

thropologie historique et comparée retrouve à l'origine de la pensée humaine ; et c'est pourquoi l'étude de la psychologie infantile éclaire d'un jour si lumineux l'histoire des premiers errements de l'esprit humain.

L'enfant est donc un primitif. Il arrive au monde avec le dépôt ancestral des étonnements et des peurs qui assaillirent l'humanité aux prises avec un univers qu'elle parcourait sans le comprendre ; et par conséquent, il se montre à la fois curieux, car il désire savoir, et craintif, car il a le souci de vivre. Mais, à cet âge, l'activité cérébrale, encore à ses débuts, manque, aussi bien dans le domaine sensoriel que dans le domaine psychique, des leçons de l'expérience et de ces corrections que le contact éducateur de la réalité apporte incessamment aux premières impressions des sens et aux premières créations de l'esprit : elle manque de ces données de comparaison et de contrôle qui sont les sources naturelles de l'esprit critique et représentent, en face des fantaisies de l'imagination, des *éléments réducteurs* dont le nombre et l'influence croissent avec l'âge. Les mêmes raisons, manque d'expérience et de réflexion critique, expliquent l'extrême *suggestibilité* de l'enfant. L'enfant est donc par essence un être peureux, curieux, imaginatif et crédule. Sous l'influence de la peur et de la curiosité, la fantaisie créatrice de son imagination s'exerce, libre de toute inhibition, et impose ses chimères, que vivifie un animisme universel, à la crédulité d'un esprit sans expérience et sans jugement. Telles sont les sources, saisies aux origines mêmes de la mentalité humaine, de l'activité mythique normale de l'enfant.

Je n'ai pas ici le loisir d'insister sur ce domaine de psychologie infantile, dont les lois se dégagent avec tant de clarté et d'intérêt des belles études de Taine, de Ribot, de J. Sully, Preyer, B. Perez, Paulhan, Binet, Dugas, Baldwin, etc... Cette activité mythique s'éveille chez l'enfant dès les débuts de la vie psychique elle-même, s'accuse avec les progrès du développement de l'esprit, augmente avec les premières années et va ensuite en s'atténuant, pour disparaître vers l'âge de la puberté, où ses dernières manifesta-

tions se confondent, sous la poussée de l'instinct génital, avec l'éveil du sens de l'art et de la poésie, et concourent, chez les adolescents, à l'expression des appétits sexuels. Au delà de cette période, la tendance mythique disparaît plus ou moins complètement chez les individus normaux. Elle persiste, au contraire, chez les sujets auxquels convient le nom de mythomanes, et se traduit chez eux, au cours de leur vie, par des manifestations franchement pathologiques, dont nous avons vu les origines dans l'activité mythique physiologique de l'enfant.

Les formes que revêt, chez l'enfant normal, l'activité mythique sont : l'altération de la vérité, le mensonge, la simulation et la fabulation.

L'altération de la vérité est la règle constante des récits dans lesquels l'enfant rapporte les faits qu'il a observés, les conversations qu'il a entendues. Cette loi, depuis longtemps connue des éducateurs et des psychologues de l'enfance, a été établie et déterminée dans ses conditions par les recherches expérimentales de psychologie positive entreprises chez l'enfant.

Mlle Marie Borst, dans un travail récent, a pu ainsi établir, entre autres conclusions, qu'un témoignage entièrement fidèle est l'exception ; que tout témoin supplée, avec tendances à la dramatisation, aux lacunes de sa mémoire ; que, en moyenne, un dixième des dépositions spontanées, et un douzième des réponses jurées sont fausses.

Il s'agit presque toujours d'exagération par amplification des faits réels et addition de faits imaginaires, souvent de déformation de l'incident par erreur de perception ou d'interprétation. Ces altérations de la vérité ont leur origine dans l'*inexpérience* sensorio-psychique qui s'oppose à la justesse de la perception ; dans le jeu, spontané ou suscité par l'émotion, de l'*imagination créatrice ;* enfin dans la *suggestion étrangère*, en vertu de laquelle, par un processus dont nous aurons à connaître la haute importance médico-légale l'enfant incorpore au fait lui-même les dires inexacts de l'entourage.

Le *mensonge*, autre forme de la mythopathie infantile,

est la négation volontaire et consciente de la vérité. Les causes occasionnelles en sont banales : crainte des punitions ou des ennuis, appétition de tel ou tel plaisir, et, accessoirement, autres motifs : orgueil, malice, etc., dont nous verrons le rôle prépondérant dans la genèse des mensonges compliqués de la fabulation pathologique.

La vanité, l'amour-propre incitent souvent l'enfant à commettre des mensonges, destinés à éviter la moquerie de ses camarades ou le blâme de ses parents. Le mensonge est alors simple, réduit à la négation, plus ou moins énergique, de telle ou telle faute. La vantardise pousse l'enfant à des mensonges compliqués, à la fabulation, voire même à des larcins, des vols destinés à donner un corps à la fable inventée. C'est ainsi qu'une fillette de onze ans, Marie G.., commet des fraudes et vols, afin de se faire passer pour riche et de donner à ses compagnes une excellente opinion d'elle. Un garçonnet de huit ans se couvre de coups luimême et se meurtrit les bras pour prouver, par ses contusions et ses ecchymoses, la réalité d'une soi-disant agression par des voleurs et d'une lutte dont il serait sorti vainqueur. Un garçon de sept ans, Baptiste B..., colporte des fausses nouvelles pour se rendre intéressant et paraître mieux informé qu'aucun de ses camarades.

Mais la véritable cause déterminante du mensonge, dans l'enfance, est représentée par l'aptitude mythique de cet âge. Pour les raisons exposées plus haut, l'enfant ne perçoit pas le monde extérieur avec cette netteté, cette précision et cette force qui imposent à la croyance de l'adulte la certitude de la réalité. La perception exige un apprentissage : il faut sentir, puis mal percevoir, pour enfin bien percevoir (Ribot). Aussi, pour peu qu'il soit poussé par son sentiment ou par la suggestion d'autrui, à nier la vérité, l'enfant la niera aisément tout d'abord. Ce premier acte de négation, fort important en l'espèce, introduit, dans le conflit des tendances psychiques en présence, un nouvel élément de suggestion, dont le rôle est capital dans le développement ultérieur du mensonge. Celui-ci, en effet, à chaque fois qu'il est affirmé, se substitue peu à peu à la notion

de la vérité, ne tarde pas à éliminer celle-ci et arrive, par *auto-suggestion progressive*, à s'imposer à la croyance ferme et sincère de l'enfant. Le mensonge se transforme ainsi en une *affirmation fausse, mais dépourvue de son caractère primitif de négation volontaire* et intéressée, et se fortifie par la suite de tous les appoints que peuvent lui prêter les suggestions de l'entourage ou la fertilité de l'imagination de son auteur.

La *simulation*, mensonge plus complexe et plus difficile à soutenir, est, cependant, déjà fréquent chez l'enfant normal. Mais elle ne revêt, chez lui, que des formes assez simples, généralement éphémères, secondaires à d'autres inventions mensongères et appropriées à des fins banales.

La *fabulation* constitue enfin la forme la plus haute et la plus curieuse de l'activité mythique de l'esprit infantile. Il faut entendre par fabulation l'invention spontanée de romans, le récit d'aventures dont l'enfant narre l'intrigue et arrive même à vivre la substance, avec une sincérité et une assurance telles que tout le monde y est pris et que l'auditoire, captivé et convaincu, se laisse entraîner à la plus complète des suggestions. La confiance qu'on lui témoigne, le succès qu'il obtient, encouragent le petit héros de l'aventure ; et l'aplomb, l'à-propos et la fertilité inventive du narrateur se multiplient par l'intérêt qu'il développe autour de lui. On sait, d'ailleurs, quel vif plaisir prennent les petits enfants aux contes fantastiques que leur entourage offre à leur crédulité et à leur appétit du merveilleux. Mais si riche que soit la matière ainsi présentée à l'esprit de l'enfant, celui-ci, par les seuls trésors de son imagination, la multiplie et la féconde à un tel point que, en s'assimilant le thème de la narration, il en fait son œuvre personnelle et devient. en quelque sorte, par son intervention créatrice, l'auteur ou même le héros de l'histoire qu'on lui conte

L'enfant se comporte de même avec le monde extérieur, au milieu duquel il évolue en rêveur et en visionnaire, n'empruntant aux réalités ambiantes que la matière de ses romans et le cadre de ses fantaisies. On comprend par là combien l'*enfance est l'âge par excellence des manifesta-*

tions mythiques de tout ordre, depuis la simple altération jusqu'aux formes les plus inventives de la fabulation fantastique.

Beaucoup d'enfants sont ainsi spontanément poussés à raconter des histoires invraisemblables, très longues et pleines de péripéties romanesques, par lesquelles ils satisfont à une sorte d'*impulsion narrative;* ils se soulagent ainsi du prurit inventif qui tourmente leur imagination, dans un torrent de paroles et de gestes qui extériorise, en mouvements expressifs, l'élément moteur que contient toute image.

J'emprunte ici quelques exemples bien intéressants de cette fabulation infantile à l'*Enquête de la Société libre pour l'étude psychologique de l'enfant*, cités par Duprat dans son excellent travail sur le *Mensonge*.

Une fillette de deux ans et demi, de Paris, raconte avec force détails une promenade aux Buttes-Chaumont qu'elle n'a point faite.

Une enfant de quatre ans assistant au départ du bateau de Royan à Bordeaux se met à conter en détail, avec une précision et une abondance surprenantes, un voyage qu'elle prétend avoir fait en bateau jusqu'au centre de la France.

Un enfant de six ans, de Dinard (Ille-et-Vilaine), raconte fréquemment, avec une extraordinaire animation, des faits invraisemblables. « Il croit ce qu'il dit, écrit son instituteur, il voit ce qu'il dépeint ; il parle avec chaleur, ne rit jamais. Aussi l'écoutons-nous volontiers sans le détromper ! C'est notre petit poète, et nous ne voulons pas tuer en lui l'inspiration ! »

Ce mythisme spontané se manifeste, chez certains enfants héréditairement prédisposés, par des tentatives extrêmement précoces de fabulation. Beaucoup de bébés gazouillent ainsi, dans un langage encore incertain, des petites histoires complètement imaginaires, qui représentent, chez eux, les préludes d'une intelligence qui s'éveille et s'essaie au jeu de sa propre activité.

L'association à ces facultés mythiques des divers sentiments de l'âme infantile crée des *formes complexes de fa-*

bulation, où se trahissent à la fois l'inventivité imaginative et l'appétit de gloriole du petit menteur. Duprat cite deux exemples topiques de ces fables, inspirées par le désir des louanges ou des tendresses. Une fillette de neuf ans, fréquentant l'école de la rue Quinault, imagina la mort d'une petite sœur (qui n'existait pas) pour avoir le plaisir d'être consolée. Une autre, de la même école, narre avec complaisance un acte de probité qu'elle affirme avoir accompli au cours d'une promenade au Champ de Mars.

L'activité mythique de l'enfant normal varie dans l'intensité, la persistance et enfin le mode de ses manifestations suivant l'âge, le sexe, la race, le milieu, et surtout la formule psychique des sujets. Cette activité, qui s'éveille avec les débuts de la vie intellectuelle, s'adapte peu à peu aux conditions de la vie ; et ce que, avec l'âge et les progrès de l'intelligence, elle perd en licence et en extravagante fantaisie, elle le gagne en matériaux et en moyens d'expression.

L'influence du *sexe* est prépondérante, et les fillettes ont des tendances au mensonge et à la fabulation bien plus précoces, plus marquées et plus riches que les garçons. Cette influence étiologique du sexe marquera d'ailleurs encore davantage chez les adultes.

L'*hérédité* joue un rôle très important dans le développement des aptitudes mythiques. L'hérédité, directe ou atavique, est souvent similaire.

La formule psychologique de chaque enfant, déterminée par son hérédité, son milieu et son éducation, orientera son activité mythique, suivant la juste remarque de Duprat, vers les manifestations positives ou négatives de celle-ci : les premières, constituées surtout par les créations romanesques et la fabulation inventive, sont le propre des tempéraments vifs et des *esprits imaginatifs* ; les secondes caractérisées par le mensonge et la dissimulation, s'observent principalement chez les tempéraments apathiques et les *esprits négateurs*.

Nous voici arrivés au terme de l'exposé de la mythomanie physiologique, telle qu'elle peut s'observer dans ses

origines, ses manifestations et ses variétés chez l'enfant normal. Cette introduction éclaire utilement l'histoire pathologique de la mythomanie vraie, c'est-à-dire l'étude du mensonge, de la simulation et de la fabulation morbides chez les enfants anormaux et les adultes.

La mythomanie pathologique

La mythomanie pathologique est constituée, chez l'enfant anormal comme chez l'adulte, par l'excès de durée et d'intensité, enfin par le caractère anormal des manifestations mythopathiques. Dans tous les cas, la mythomanie représente un *stigmate majeur de dégénérescence mentale* et elle se montre toujours, dans l'expression clinique qu'elle revêt, étroitement associée à d'autres marques de *déséquilibration* psychique.

Toutes les transitions relient, évidemment, dans le domaine que nous étudions ici, l'état physiologique de l'activité mythique de l'enfant normal aux manifestations les plus graves de cette même tendance chez l'enfant anormal et chez l'adulte. Mais ce qui caractérise essentiellement la mythomanie pathologique, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, c'est non seulement *l'exagération et la persistance* de l'activité mythique, mais encore et surtout *l'association* de cette activité maladive à des tares intellectuelles, affectives et morales, qui commandent l'évolution du syndrome mythopathique, inspirent les actes et dirigent la conduite des sujets, et confèrent, ainsi, à la mythomanie une gravité sociale, un intérêt médico-légal de premier ordre. Au lieu de se manifester, en effet, comme chez l'enfant normal, comme une espèce de *sport imaginatif* et sous la forme innocente du jeu spontané d'énergies psychiques exubérantes, l'activité mythique est mise au service, chez les sujets anormaux, de *tendances vicieuses*, de perversions instinctives ou d'appétits morbides ; elle se manifeste ainsi comme un mode particulier d'activité intellectuelle, dirigé par des sentiments pathologiques, et représente alors, non plus un instrument de jeu, mais bien

une arme de guerre, d'autant plus dangereuse que le malade est plus intelligent. J'étudierai successivement la mythomanie chez l'enfant anormal et chez l'adulte.

La mythomanie chez l'enfant anormal

Les diverses agénésies cérébrales, depuis les degrés supérieurs de l'idiotie jusqu'aux variétés intelligentes de la déséquilibration mentale, peuvent comporter au nombre de leurs symptômes un développement remarquable de l'activité mythopathique. Celle-ci est, naturellement, proportionnelle, dans la valeur et la complexité de ses manifestations, au degré de développement général de la mentalité, et, particulièrement, au niveau de l'intelligence.

Nombre d'auteurs, Bourneville, J. Voisin, etc., ont insisté sur le mensonge, considéré comme symptôme précoce de certaines variétés d'idiotie morale, et associé, chez les petits dégénérés vicieux, à de multiples perversions des instincts et des appétits. C'est ainsi que beaucoup de fillettes, faibles d'esprit et malignes d'instinct, accusent leur père de les avoir violées, leur mère de les avoir battues, etc. Ce sont ces petits êtres menteurs et malfaisants qui deviennent de *faux enfants martyrs*, sur lesquels s'apitoie la crédulité publique.

Dans l'immense majorité des cas, les déséquilibrés mythomanes, même doués d'intelligence, sont des *débiles intellectuels*, qui présentent des lacunes et des défaillances nombreuses dans leurs jugements et leurs associations d'idées : frappés d'infantilisme psychique, ils raisonnent à la manière des enfants et font preuve, dans leur esprit comme dans leur conduite, de manque de réflexion, de critique et de maturité. Les produits de leur activité mythopathique se ressentent de cette insuffisance intellectuelle : caducs et fragiles comme des monuments mal construits, les romans imaginés par eux pèchent toujours par quelque endroit et s'écroulent facilement au premier effort de la critique. Livrées à elles-mêmes et réduites à leurs propres ressources, ces pauvres intelligences seraient incapables d'édifier jamais aucun mythe vraisemblable, aucune fable

durable ; mais elles reçoivent de la lecture de la presse, des conversations d'autrui, surtout des questions pressantes de l'entourage et de la famille, toute une série de suggestions et d'inspirations, qui leur fournissent tous les éléments propres à alimenter, à corroborer et à compliquer le roman en formation dans leur esprit.

Débile et suggestible, le mythomane édifie ainsi, le plus souvent sans solidité, un monument dont les matériaux sont presque toujours empruntés à la suggestion de l'actualité ou des propos d'autrui.

Les *éléments pathologiques* qui, chez l'enfant et l'adolescent, s'associent à la mythomanie, pour constituer avec elle des syndromes d'un haut intérêt médico-légal, sont : la *vanité*, la *malignité* et certains appétits vicieux, comme la *cupidité*, la *lubricité*, etc.

La *vanité* constitue un élément presque constant du caractère des individus débiles et déséquilibrés. Le débile simple, sans déséquilibration mentale, se tient généralement à sa place et reste à son rang. Le débile déséquilibré, au contraire, a souvent des *appétits vaniteux* et des *tendances mégalomaniaques*, qu'il est poussé, sous l'influence de certaines incitations paroxystiques, à satisfaire par des actes absurdes. Parmi ces actes absurdes, l'invention de fables étonnantes, d'aventures sensationnelles, où le narrateur joue un rôle extraordinaire, est un de ceux qui donnent le mieux la mesure, à la fois du défaut d'intelligence et de l'excès de vanité de ces infirmes congénitaux.

La *mythomanie vaniteuse* est surtout intéressante à étudier chez les adolescents, à un âge où les facultés intellectuelles sont assez développées pour fournir des matériaux suffisants à l'activité mythopathique excitée par la fanfaronnade et l'appétit de la notoriété. Elle y revêt les deux formes principales de *la hâblerie fantastique* et de *l'auto-accusation criminelle*, que nous étudierons, pour éviter les répétitions, chez l'adulte.

Une forme, relativement rare, mais curieuse, de mythomanie infantile, est représentée par les *fugues*, que commettent parfois hors de leur domicile les petits sujets, avides

de mettre personnellement en pratique les récits de voyages qui ont transporté leur imagination et excité leur activité locomotrice. Ces fugues, dans lesquelles on peut voir soit une conséquence, soit une forme active de la fabulation fantastique, sont différentes des fugues épileptiques, hystériques, psychasthéniques ou impulsives simples de l'enfance. Elles traduisent, dans le domaine de l'activité locomotrice, la tendance aux mouvements que l'imagination met en jeu chez d'autres enfants mythomanes, dans le domaine du langage et des gestes. Ces *petits Robinsons*, qu'on retrouve dans le bois voisin, ou parfois bien plus loin, lorsqu'ils ont pris le chemin de fer (les ports de mer exercent sur ces petits sujets une attraction élective), ces jeunes explorateurs sont des fabulants actifs, qui veulent non seulement raconter, mais surtout vivre leur rêve : ce sont des *mythomanes infantiles migrateurs*.

J'arrive maintenant à la seconde classe de la mythomanie pathologique, celle que met en jeu la *malignité*. J'entends, ici, par malignité, toutes les formes et tous les degrés de l'*instinct de destruction*, depuis la simple malice jusqu'à la plus cruelle férocité, en passant par la méchanceté, la jalousie, la haine, le désir de nuire, par tous les moyens, aux êtres qui nous entourent. Certains dégénérés atteints de perversion des instincts affectifs, mais que leur tempérament, fait de faiblesse et de lâcheté, éloigne des actes de violence et de brutalité, sont incités, par leur malignité, à des manœuvres insidieuses de ruse et de dissimulation, parmi lesquelles le mensonge et la fabulation s'offrent naturellement au choix électif des mythomanes. L'activité mythopathique aboutit, chez eux, à la médisance, à la calomnie, à l'hétéro-accusation, et à des œuvres complexes de simulation et de fabulation dirigées contre autrui et destinées à perdre la victime choisie par l'auteur du complot.

Les jeunes sujets pervers et méchants déploient dans la machination de leurs romans accusateurs des ressources intellectuelles dont la richesse contraste avec l'indigence

foncière de leur esprit. Ces petits monstres dépassent, dans l'ingéniosité de leurs pièges et les ressources de leur propre expérience, la force et l'habileté des adultes. Ce sont ces cas de criminalité précoce que visaient les juristes du moyen âge, lorsqu'il formulaient des réserves à l'impunité de ces enfants, chez lesquels, disaient-ils, *malitia supplet œtatem.*

En réalité, toutes les ressources de cette activité nuisible, concentrées vers un but de destruction, sont empruntées aux *qualités spécifiques de la mentalité animale.* Ces qualités : patience et ténacité dans la poursuite, ruse et sournoiserie dans les préparatifs, ingéniosité dans la dissimulation et dans la fuite, enfin férocité dans l'exécution, sont celles que les animaux et les hommes primitifs ont toujours déployées dans la lutte pour la vie.

Ce sont ces qualités ancestrales qui, revivant et prédominant chez les débiles jeunes, s'associent, chez eux, aux instincts destructeurs et expliquent que beaucoup de sujets faibles de caractère et d'esprit se révèlent, dans l'accomplissement de l'œuvre mythopathique, bien supérieurs à leur niveau mental ordinaire. On comprend par là, également, que la mythomanie, sous ses différentes formes : mensonge, simulation, fabulation, soit l'arme de choix employée par les *enfants* et par les *femmes*, pour satisfaire, soit les besoins de leur défense, soit, en cas de perversité des instincts, leur penchant inné à l'agressivité et à la destruction. On voit alors s'exercer, dans la spontanéité impulsive et gratuite de ses manifestations, la mythomanie maligne de ces sujets pervers qui mentent et simulent simplement pour se divertir, accusent et dénoncent autrui, uniquement pour semer le mal autour d'eux, et s'attaquent ainsi à des personnes qui n'ont en rien mérité leur rancune ou leur animosité.

A cette catégorie de jeunes mythomanes malins appartiennent les *faux enfants martyrs*, qui ne reculent devant aucune manœuvre et sont capables de toutes les simulations, pour démontrer les supplices qu'ils endurent de la part de leurs parents ou de leurs maîtres. A cette classe

appartiennent également les *petits accusateurs criminels*, qui dénoncent leurs parents et témoignent avoir assisté au crime, dont ils narrent tous les détails avec précision et abondance.

De tels cas nous montrent, confondues dans l'étiologie occasionnelle de l'accès mythomaniaque, la vanité, la malignité et la perversité. Les petits dégénérés, à la fois enchantés d'occuper d'eux l'opinion publique et heureux de nuire, se complaisent au caractère lubrique ou sanguinaire de ces fables, avec lesquelles ils font, du même coup, autant de bruit que de mal.

Dans d'autres cas, le seul mobile invoqué par certains enfants pervers pour expliquer leurs dénonciations mensongères est tellement puéril, et il existe entre le but poursuivi et la somme des efforts déployés et des risques encourus, une telle disproportion, que l'acte mythopathique révèle encore plus chez son auteur la débilité intellectuelle et la tendance à la fabulation que la perversité affective ou morale.

Je puis citer, à l'appui de cette proposition, le cas, observé par Motet, de cette fillette qui avait commis la plus monstrueuse des dénonciations mensongères sur un individu complètement innocent et qui, interrogée par M. le juge Athalin sur les mobiles de son acte, déclara ingénument qu'elle avait provoqué toute l'affaire pour avoir l'occasion de s'asseoir dans les beaux fauteuils du cabinet de l'instruction, dont le luxe lui avait été vanté par une de ses petites camarades, appelée quelques jours auparavant à déposer dans une enquête.

D'autres fois, et le cas est fréquent, c'est une fillette qui, pour s'excuser de rentrer en retard à la maison, imagine toute une *histoire d'attentat à la pudeur* : un monsieur l'a rencontrée, lui a promis des bonbons, l'a emmenée dans un terrain vague ou dans une maison ; et là, s'est mis à lui relever ses jupes, à lui faire ceci et cela, etc. Emoi de la mère, questions pressantes, etc. J'indiquerai tout à l'heure le processus de l'acte d'accusation dressé alors par l'enfant sous l'influence de la suggestion étrangère.

Les *faux témoignages* des enfants devant la justice, inspirés par un mélange de vanité et de malignité, et plus ou moins dictés sous l'influence de la suggestion étrangère, abondent ainsi dans la littérature médico-légale.

J'aborde maintenant la troisième classe de la mythomanie pathologique, celle des actes de mensonge, de simulation et de fabulation commis sous l'influence d'*appétits vicieux*, tels que la cupidité, la lubricité, etc., et les diverses formes de perversité morale : c'est la *mythomanie perverse*.

Je l'étudierai en détail chez l'adulte, où elle se manifeste sous des formes bien plus variées, plus complexes et plus intéressantes. La mythomanie perverse s'associe, d'ailleurs, chez les petits criminels, aux autres manifestations précoces de la folie morale.

Certains enfants, pour avoir un jouet, une nouvelle robe, etc., sont capables d'inventer les histoires les plus longues et les plus compliquées. Tel est le cas d'une enfant arriérée, observée à Bruxelles par Demoor et Daniel.

Une petite fille de douze ans, rapportent ces auteurs, nous arrive un jour en disant que sa mère est malade ; puis elle donne chaque jour des détails sur la maladie. Sa mère va de plus en plus mal et meurt. La petite manque un jour ou deux, revient à l'école en pleurant et vêtue de noir. Quelque temps après, son père se remarie et l'enfant nous donne des détails sur la noce de son père comme elle en avait donné une première fois sur l'enterrement de sa mère... Enfin, quelque temps après, nous apprenons par hasard que la mère de l'enfant est en vie, habite avec le père et n'a jamais été malade. L'enquête montra que le seul mobile qui avait poussé la fillette à jouer cette comédie avait été le désir de se rendre intéressante et la promesse d'une robe noire pour le jour de sa fête.

Beaucoup d'enfants, interrogés avec insistance sur les raisons de leurs mensonges, montrent, par leurs réponses, qu'ils mentent pour mentir, ou parce qu'ils sont menteurs, etc.

Tobie Jonckheere cite aussi plusieurs exemples d'histoi-

res mensongères chez des enfants débiles; il ajoute qu'ayant demandé à l'un de ceux-ci pourquoi il avait menti, l'enfant répondit : « Je ne sais pas ». Il en conclut, avec raison, que les enfants arriérés obéissent, en ce cas, à une impulsion instinctive, de nature morbide. Toute l'école pédagogique belge insiste, d'ailleurs avec raison, sur la fréquence et la complexité des mensonges chez les arriérés.

Avant de terminer l'étude de la mythomanie chez l'enfant, je dois examiner un facteur de la plus haute importance dans l'étiologie de la fabulation infantile, auquel j'ai déjà fait allusion, et dont nous allons pouvoir mesurer le rôle prépondérant dans la genèse des romans imaginaires des enfants accusateurs.

Je veux parler de la *suggestion étrangère* qui alimente et enrichit toujours, déforme souvent, et crée parfois de toutes pièces la fable racontée par le petit sujet. Lasègue, Bourdin, Brouardel, Motet, P. Garnier, ont tour à tour insisté, dans des travaux classiques, sur le rôle de la suggestion dans l'édification du roman accusateur chez les enfants. Cette influence suggestive est d'autant plus marquée que l'enfant est plus jeune, et je ne saurais en donner une meilleure idée qu'en résumant ici quelques observations vraiment probantes de ce processus.

Voici un cas type du genre, observé par Lasègue, et dont j'emprunte à mon vénéré maître Motet la relation résumée à la Société de Médecine légale :

Un écolier rentre en retard au domicile ; sa mère le gronde. Qu'as-tu fait ? Pas de réponse. — Tu as encore été courir ? — Oui, maman. — Avec des hommes peut-être ? Dis la vérité ou tu seras battu ! — Oui, maman. De question en question, et de « oui maman » en « oui maman », la mère finit par faire raconter à l'enfant un *prétendu attentat à la pudeur* commis par un commerçant d'une rue voisine. A l'arrivée du père, la mère s'écrie avec colère : « Répète à ton père ce que tu viens de m'avouer ! » Et l'enfant raconte l'histoire, désormais fixée dans son esprit, devant le commissaire de police et devant un juge d'instruction, qui ouvre une enquête ; et l'enfant, suivant son récit, dé-

signe la maison. Le commerçant qu'il accuse et qui ne comprend rien à ce qui se passe, proteste avec énergie, donne la preuve qu'il n'était pas seul au moment où l'enfant prétend qu'il a été l'objet de ses attouchements. Le magistrat instructeur charge le Professeur Lasègue d'examiner l'enfant, qui finit par avouer que l'attentat à la pudeur n'avait jamais existé que dans l'imagination de sa mère.

Bourdin raconte, en une observation curieuse que je résume ici, le fait suivant :

Une petite fille de cinq ans abandonnée, d'ailleurs gentille et gracieuse, fut adoptée par M. et Mme X..., et bientôt admise par eux dans leur intimité. Un jour, à l'occasion d'un procès à grand scandale, les parents adoptifs firent à haute voix la lecture et le commentaire de ce procès en présence de l'enfant, qui jouait avec ses poupées et semblait incapable de comprendre la conversation. Quelques jours plus tard, Mme X..., surprit sa petite fille qui, dans le salon, se livrait sur sa poupée à des démonstrations obscènes. Interrogée, l'enfant répondit sans s'émouvoir qu'elle faisait à sa poupée ce qu'on lui avait fait à elle-même ; et, la confidence allant son train, la petite déclara qu'étant en nourrice, elle jouait au petit mari avec son frère de lait, âgé de dix ans, puis plus tard avec son père nourricier, puis son grand-père, etc. Et le récit fut épicé de détails sur les douleurs ressenties par elle, l'innocente victime, etc. Emoi des parents adoptifs, enquête, protestations, etc. L'examen médical démontra l'inanité des affirmations de l'enfant qui, finalement, avoua son mensonge et confessa qu'elle avait voulu faire *comme les dames qu'on avait mises dans le journal.*

Enfin je rappellerai l'observation que j'ai publiée au Congrès de Grenoble, en 1902, dans mon rapport sur les autoaccusateurs, et dans laquelle un garçon de neuf ans, amené par ses parents devant le commissaire de police, dénonça toute une série d'attentats à la pudeur et d'actes de pédérastie, commis sur lui, depuis de longs mois par deux individus, devant d'autres hommes et en présence de cinq autres enfants, dans une maison et à des heures dé-

terminées. L'enquête de la Préfecture de police aboutit à un résultat négatif et à l'impossibilité d'une telle histoire.

A l'Infirmerie spéciale du Dépôt, où j'examinai, avec le Dr P. Garnier, l'enfant accusateur, celui-ci nous fit oralement, et consigna dans un long factum écrit, le récit détaillé des orgies les plus lubriques, des scènes de luxure les plus extraordinaires ; avouant, d'ailleurs, dans une autoaccusation de perversité fort curieuse, qu'il retournait de lui-même à ces infâmes rendez-vous parce qu'il y prenait plaisir, etc. ; l'enfant éprouvait une joie manifeste à étaler sa perversité génitale. Or, ce prétendu petit satyre était un bambin de neuf ans que l'examen médical démontrait exempt de tout attentat, de toute violence, et d'ailleurs dépourvu de toute capacité sexuelle active ; l'attitude naïve, la mine innocente et l'air candide du petit contrastaient étrangement avec le monstrueux érotisme de ses révélations. Finalement pressé de questions, le garçonnet avoua que tout n'était que mensonge dans ses dires, et qu'il n'avait raconté toutes ces histoires qu'à force de s'entendre demander et même exiger l'aveu par ses parents. Ceux-ci, dans leur curiosité malsaine, avaient éduqué, stylé l'érotisme imaginaire de leur enfant, et avaient fourni, par le contenu obscène de leurs questions, les matériaux de ce roman de haute perversion lubrique.

On voit, par ces exemples, la puissante influence exercée sur les dépositions des enfants par les conversations de l'entourage et les *questions* des parents. Ce sont souvent celles-ci qui constituent seules, ou presque seules, le dossier des accusations portées par les enfants. Sous le coup de la surprise et de l'indignation, l'entourage, et surtout la famille, avide de savoir les détails de l'attentat et de préciser l'heure, le lieu, les mobiles, etc., de l'acte criminel, accablent de questions l'enfant interdit et troublé, dont la confusion est mise sur le compte de la honte ou du repentir, et dictent, sans s'en douter, au petit sujet, les réponses impatiemment attendues. Ainsi s'arrange et se fixe une histoire, que l'enfant apprend par cœur, et dont rien, ensuite, ne saurait le faire démordre. L'enfant n'en

veut rien oublier en la récitant, reste invariablement fidèle à la version fixée dans sa mémoire, et n'apporte à son récit de variantes que celles qui lui sont commodément suggérées par les interrogatoires successifs.

Ce processus de *fabulation infantile par suggestion* tient d'abord à l'extrême *suggestibilité* de l'enfant, dont Binet et ses collaborateurs ont si bien démontré les lois et les effets ; à sa docilité, mise ici en jeu par la vanité et la crainte ; ensuite, comme l'a bien fait remarquer Vibert, à la *paresse de sa volonté* qui lui dicte, aux questions posées, les réponses les moins pénibles, celles qui demandent le moins d'effort, qui se font par oui et par non ; enfin, à l'*inconscience des conséquences de ses accusations*. On comprend comment les enfants peuvent ainsi être passivement amenés à des dépositions monstrueuses de criminalité *et cependant vides de toute réalité*. On trouve ainsi, dans les manifestations si variées de la fabulation infantile, un mélange inégal, suivant les cas, d'inventivité active et de suggestion passive, de création originale et d'emprunt à l'entourage qui explique que chez l'enfant conformément, d'ailleurs aux conclusions déjà citées de Marie Borst, le récit est plus fidèle que l'interrogatoire.

Je remets après l'étude de la mythomanie chez l'adulte l'exposé des conclusions médico-légales qui ressortent de l'étude de ce syndrome chez l'enfant.

Mais ne semble-t-il pas que nous soyons, dès à présent, après cet exposé des faits, autorisés à intervertir l'adage populaire, si souvent répété, et à donner à notre étude la conclusion générale suivante : l'erreur, volontaire souvent, involontaire presque toujours, sort de la bouche des enfants !

La mythomanie chez l'adulte

Le syndrome mythopathique, par son étiologie et ses associations morbides, est le même chez l'enfant et chez l'adulte. Seulement, chez ce dernier, il mérite d'être étudié à part pour plusieurs raisons. D'abord, à cause des conditions dans lesquelles il s'exerce et qui tiennent à la

nature et à l'importance des intérêts en jeu, à la complexité des situations sociales, etc. ; ensuite, à cause du plus haut degré de développement intellectuel des sujets, et de la plus grande richesse des associations morbides du syndrome chez l'adulte.

La mythomanie est le résultat de la persistance, chez l'adulte, de l'activité mythique infantile : elle représente un *mode d'infantilisme intellectuel* qui, par ses manifestations tardives, contraste avec le reste de la mentalité et détonne avec l'ensemble de la personnalité adulte.

Une conclusion ressort de ces considérations étiologiques : c'est que, *si l'on devient menteur, on naît mythomane*. L'homme peut, en effet, sous des influences cupides ou passionnelles, émettre des mensonges plus ou moins variés et plus ou moins graves ; chacun peut ainsi épisodiquement devenir un menteur. Mais le sujet qui, sans mobiles pressants ou durables, manifeste toute sa vie, dans les occasions les plus diverses, le plus souvent sans utilité et même contre ses intérêts et ceux d'autrui, des tendances à altérer la vérité, à mentir, à simuler et à créer des fables imaginaires, celui-là est un mythomane.

Les mythomanes adultes sont presque toujours des sujets *jeunes*, ayant souvent à peine dépassé la période pubérale, et se confondent ainsi, par transitions insensibles, avec les mythomanes juvéniles et infantiles; ce sont, dans l'immense majorité des cas, des femmes, des *jeunes filles*. Lorsqu'ils appartiennent au sexe masculin, les menteurs et fabulants constitutionnels présentent fréquemment des stigmates corporels et psychiques d'*infantilisme* ou de *féminisme*. L'*hérédité*, souvent sous une forme similaire, préside au développement des tendances mythopathiques, ainsi que je l'ai indiqué à propos de l'enfant.

L'activité mythopathique revêt, chez l'adulte, les mêmes formes cliniques que chez l'enfant ; altération de la vérité, mensonge, simulation, fabulation.

La tendance à l'*altération de la vérité* par exagération, atténuation, déformation des faits réels ou addition de faits imaginaires, se manifeste, chez les sujets prédispo-

sés, non seulement par l'infidélité flagrante, et cependant involontaire, dans la relation des faits, mais encore par les variations et les contradictions considérables qu'on peut saisir dans les récits successifs, obtenus à quelques jours d'intervalle, d'un même fait par la même personne. Ces *variations* ont pour principaux caractères d'être *involontaires*, *inconscientes*, *spontanées*, et généralement *non intéressées ;* elles n'éveillent point, chez le narrateur, le sentiment de la contradiction évidente qui existe entre les versions successives qu'il donne d'un même récit. Elle ne doivent point être confondues avec le mensonge. Si l'on attire sur elles l'attention du sujet, on provoque de sa part d'énergiques dénégations et des discussions qui montrent, chez le sujet examiné, souvent une amnésie partielle des récits antérieurs, aussi bien que des faits observés, secondaire à l'insuffisance de la perception, mais surtout le manque d'esprit critique, l'exubérance et le désordre de l'imagination, la suggestibilité : autant de marques d'infantilisme psychique.

L.-W. Stern (de Berlin), au terme d'une patiente étude expérimentale sur la fidélité du *témoignage*, instituée sur une trentaine de sujets de dix-huit à vingt-quatre ans, arrive à des conclusions à rapprocher de celles de Mlle M. Borst.

L'exactitude du souvenir est l'exception. Le temps agit sur le souvenir, non seulement en l'affaiblissant mais encore en le faussant. Des renseignements fournis sous la foi du serment, 11 % sont faux. Les femmes jurent avec plus de facilité et, dans les réponses jurées, se trompent deux fois plus souvent que les hommes.

Ces constatations nous montrent les formes embryonnaires et les manifestations originelles de la mythopathie, dans l'imperfection foncière des premières assises de la certitude. Les troubles du jugement et l'instabilité de la croyance sont ici secondaires à l'insuffisance de la perception et de la critique.

La tendance spontanée et constante au *mensonge* continue la série ascendante des manifestations de la mytho-

manie chez les adultes comme chez les enfants. Il faut distinguer ici entre le *mensonge-moyen* et le *mensonge-tendance* : le premier, acte épisodique, utilitaire, à finalité déterminée, diffère du second, acte d'habitude, souvent inutile, et presque toujours encadré d'une fable, où se décèle plus le rôle de l'imagination que l'intervention du calcul ; entre le mensonge-moyen et le mensonge-habitude existent d'ailleurs des affinités qui expliquent toutes les transitions entre les deux : l'emploi facile et fréquent du premier trahit la tendance au second, car la loi du moindre effort incline l'homme à utiliser, dans la lutte pour la vie, l'arme qu'il manie le plus aisément. Si cette arme est le mensonge, la formule psychique du sujet est plus ou moins entachée de mythomanie.

Sans insister ici sur la multiplicité et la variété des mobiles occasionnels du mensonge chez l'adulte mythomane, on peut reconnaître chez lui les impulsions vaniteuses, les impulsions malignes et, parmi les impulsions perverses, celles qui ont trait à la cupidité, sous forme de vols et d'escroqueries, et celles qui relèvent des appétits génitaux : éréthisme sexuel, lubricité, etc.

L'activité mythopathique de l'adulte revêt fréquemment une forme associée d'ailleurs au mensonge et à la fabulation, c'est la *simulation*.

Nous étudierons plus tard la simulation en elle-même comme un processus morbide autonome, dont je vous montrerai l'étiologie et les symptômes, l'évolution et les variétés cliniques, les parentés morbides, notamment avec l'aliénation mentale et le crime ; enfin le diagnostic et le traitement. Je vous signalerai alors les belles études de A Laurent, P. Garnier, J. Ingegnieros, dans ce domaine psychiatrique et médico-légal.

Aujourd'hui, je ne puis parler de la simulation que comme un des procédés employés par le mythomane pour concourir à son œuvre de mensonge et de fabulation. La simulation, en effet, est une des formes les plus fréquentes de la mythomanie et elle est toujours associée à la fabulation, dont elle représente, soit le thème principal, soit le développement complémentaire.

En tant que manifestation mythopathique, la simulation peut donc être considérée comme une *fabulation en activité*, systématiquement exécutée, par la mise en jeu et avec la complicité de toutes les énergies physiques et psychiques de l'organisme, par certains sujets prédisposés à ce mode d'activité mythopathique. Le roman ainsi édifié devient une œuvre d'illusion concrète et vivante, qui trompe les médecins les plus instruits, et décèle chez certains simulateurs un talent extraordinaire et complexe, où entrent des aptitudes innées à l'*imitation*, une constante *présence d'esprit*, une extrême *ténacité* et une rare *domination volontaire de la plasticité organique*.

Un tel ensemble de conditions ne se trouve guère réuni chez l'enfant ; et, en effet, on n'observe que chez les adultes les cas durables et compliqués de simulation.

J'arrive maintenant à la forme la plus hautement différenciée et la plus curieuse de la mythopathie de l'adulte, à la *fabulation fantastique*. J'ai déjà indiqué, tout à l'heure, l'origine, la fréquence et les grands caractères de cette fabulation fantastique chez l'enfant. Mais celle-ci acquiert chez l'adulte un intérêt psychologique et médico-légal bien plus grand, en raison des qualités de logique et de vraisemblance, de systématisation et de durée, que présente parfois le roman mythopathique.

Celui-ci s'improvise et se développe, comme toutes les autres formes de mythopathie, sur un fond de *vanité*, de *malignité* ou de *perversité*, et il débute sous l'incitation occasionnelle des mobiles les plus variés, souvent les plus insignifiants. Dès son principe, et, plus tard, durant tout le cours de son évolution, le roman morbide démontrera ainsi bien plus les tendances mythopathiques de son auteur, le tour inventif et romanesques de son esprit, la fertilité de son imagination, son aptitude innée à la simulation, qu'il ne trahira ses tendances vaniteuses, malignes ou perverses. Beaucoup d'individus, en effet, sont, de par le monde, des sujets vains, méchants, ou vicieux ; et, cependant, quelques-uns seulement parmi ceux-ci expriment leurs mauvaises tendances sous la forme mythopathique ;

enfin, un plus petit nombre encore deviennent des simulateurs et des fabulants comparables aux malades que nous offre la clinique médico-légale.

La fabulation fantastique peut, chez l'adulte comme chez l'enfant, être distinguée en trois formes : la vaniteuse, la maligne et la perverse que nous étudierons successivement.

Mythomanie vaniteuse

Je ne reviens pas ici sur la fréquence et l'importance de l'élément vaniteux chez les débiles. L'appétit morbide de gloriole, le besoin instinctif de mise en scène, poussent le débile vaniteux à des *accès de mensonge et de fabulation* qui sont de véritables *raptus mythomaniaques*, fort intéressants à étudier. La diversité des innombrables types de déséquilibrés, et l'extrême variété de réaction de ces infirmes psychiques, vis-à-vis du milieu social et des moments critiques de la vie, se réflètent naturellement dans la forme du mensonge et de la fabulation chez chaque mythomane.

D'une manière générale, on peut reconnaître, chez les débiles vaniteux, plusieurs variétés de manifestations mythopathiques ; la plus fréquente est celle à laquelle pourrait convenir le nom de hâblerie fantastique, dans laquelle le mythomane débite à son entourage le récit fabuleux d'aventures romanesques, où il a joué un rôle décisif, parfois héroïque, qui met en valeur les qualités de sa personne. Cette variété de mythomanie vaniteuse, parfois très précoce, n'acquiert un véritable développement qu'aux limites de l'adolescence et de l'âge adulte. Elle peut se rencontrer chez de jeunes sujets intelligents, à la fantaisie exubérante et à la faconde facile, et naturellement portés, par l'excès de leur imagination et l'hyperbole de leur langage, à ce jeu du mensonge et de la fabulation ; ces caractères s'observent plus souvent dans les races du Midi que dans celles du Nord ; et vous connaissez tous,

dans l'œuvre de A. Daudet, les types classiques de Numa Roumestan et de Tartarin de Tarascon.

Corneille, dans sa comédie du *Menteur*, a merveilleusement incarné, dans le personnage de Dorante, le type de cette hâblerie fantastique, qui, sous l'incitation du sentiment vaniteux, éclate à tout propos et se prolonge, dans la bouche de ce virtuose, par l'improvisation de récits, étonnants de précision, de couleur et d'abondance.

Si, dans les récits mensongers faits par le jeune gentilhomme, quelques-uns, comme celui de son faux mariage et de la fausse grossesse de sa prétendue femme, semblent largement motivés par les péripéties de l'intrigue, d'autres fables, comme celles de la fête nautique et du duel jaillissent bien spontanément du fond psychopathique de ce menteur constitutionnel ; ce sont de véritables impulsions mythomaniaques, qui répondent au besoin instinctif de mentir et de forger des histoires.

Il faut remarquer ici que ce type de hâblerie fantastique existe souvent, sans mélange à l'élément vaniteux de la malignité, du vice ou du calcul, qui caractérisent les autres variétés de mythomanie. Ces déséquilibrés sont seulement des vantards, des fanfarons ; ils veulent éblouir et ne cherchent pas à nuire : s'ils font du mal à autrui par leurs mensonges, c'est sans le vouloir, et il n'entre dans les mobiles de leur fabulation aucune malignité intentionnelle.

On observe aussi, chez les débiles véritablement indigents au point de vue intellectuel, des hâbleries fantastiques ; mais la niaiserie de leurs propos et l'invraisemblance de leurs fables enlèvent à ces derniers types l'intérêt qui s'attache aux créations des vrais virtuoses du mensonge.

Une autre variété de mythomanie vaniteuse, beaucoup plus intéressante en médecine légale, est celle de l' *autoaccusation criminelle*. Les mythomanes autoaccusateurs sont presque toujours de grands débiles, qui empruntent aux événements sensationnels de l'actualité les éléments de leur fable, et se dénoncent, par déposition verbale ou écrite, aux autorités, comme les auteurs d'un grand crime,

dont ils ont lu les détails dans la presse. L'autoaccusation se fait parfois sur un mode impulsif, sous l'influence d'un raptus mythopathique soudain, principalement chez les débiles vaniteux excités par la boisson.

Les autoaccusateurs vaniteux plus intelligents que les débiles de la catégorie précédente, émettent des autodénonciations plus compliquées et construisent des romans plus vraisemblables, dont la machination en impose parfois momentanément aux magistrats et provoque l'ouverture d'assez laborieuses enquêtes.

Chez ces mythomanes autoaccusateurs comme chez les hâbleurs de la première variété, le seul mobile qu'on puisse découvrir à l'origine du mensonge est une aspiration vaniteuse, dégagée de tout autre calcul intéressé, de toute autre perversion morbide. Le besoin pathologique de gloriole se manifeste, chez les uns sous la forme expansive de la vantardise, chez les autres sous la forme dépressive de l'autoaccusation ; seuls les procédés diffèrent, mais le sentiment qui dicte à tous ces débiles leur langage et leurs actes est l'appétit maladif de la notoriété, le besoin de paraître et de se mettre en scène. C'est à ces diverses catégories de hâbleurs vaniteux que s'applique cette parole si juste de Diderot : « On ne ment plus guère, quand on s'est départi de la prétention d'occuper les autres de soi. »

A ce besoin pathologique de gloriole s'allie, dans d'autres cas, un sentiment de malice, puéril dans son fond et dans sa forme, qui pousse l'autoaccusateur à mentir, non seulement pour capter l'attention et occuper la galerie, mais aussi pour tromper l'entourage, les autorités, le médecin, l'opinion publique, simplement pour faire des dupes et se réjouir intérieurement des effets de ses mensonges. C'est là un état d'âme pathologique, qui a les plus grandes analogies avec ce que Dally a jadis décrit sous le nom de *délire malicieux*, et qui forme la transition naturelle entre la forme vaniteuse simple et la forme maligne de la mythomanie.

Les exemples abondent, chez les débiles déséquilibrés,

de ces manifestations mythopathiques vaniteuses. J'en ai rapporté plusieurs observations dans mon *Rapport sur les Autoaccusateurs*, et je rappellerai seulement trois cas, dont les deux premiers appartiennent à mon maître, M. Motet.

Le premier concerne un adolescent qui s'accusa d'avoir tué sa sœur en remplissant sa chambre d'oxyde de carbone, fabriqué par lui-même dans une chambre voisine, et dégagé, au voisinage de la victime endormie, par un long tube de caoutchouc adapté au matras générateur du gaz. L'autoaccusateur, très fier de lui, détaillait le procédé de fabrication du gaz toxique, qu'il avait imaginé à la lecture des livres de son père, pharmacien, et qui constituait à son actif un procédé homicide inédit.

Renvoyé une première fois dans sa famille, ce débile vaniteux s'en fut trouver, quelque temps après, le chef de la Sûreté, auquel il raconta son prétendu crime. M. Cochefert l'envoya à l'Infirmerie du Dépôt, où il répéta, avec la même satisfaction, les détails de son fratricide. Quand il vit qu'on ne le croyait pas, et qu'on le gardait dans une cellule, au bout de cinq jours il avoua qu'il n'avait pas commis l'acte dont il s'accusait, et que sa sœur était morte à la suite d'une assez longue maladie.

Cette observation met bien en lumière l'extraordinaire appétit de notoriété et l'extrême indigence intellectuelle de ces malades. Par la bizarrerie, la complication et l'apparence pseudo-scientifique des procédés d'exécution de l'acte, cette fabulation maladive rappelle d'assez près les élucubrations laborieuses et absurdes des débiles atteints du *délire des inventions* ; dans les deux cas, le processus psychopathique porte le double cachet de la faiblesse intellectuelle et de la vanité prétentieuse de ces infirmes psychiques.

Le second cas concerne un débile vaniteux de dix-neuf ans, qui, incessamment tourmenté du besoin de parler, d'écrire, de se mettre en scène et de jouer un rôle actif dans des aventures dont son imagination a été frappée, accuse une première fois, dans une lettre anonyme adressée à la

police, son oncle d'avoir allumé un incendie, et se dénonce une seconde fois lui-même comme l'auteur de la violation de la sépulture d'une jeune fille, au cimetière de Saint-Ouen. M. Motet conclut à l'internement du malade.

J'ai également observé, à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, avec le Dr P. Garnier, un débile intellectuel et moral de vingt-quatre ans, délinquant précoce, hystérique, coutumier de fugues et de simulacres de suicide, qui vint un jour se constituer prisonnier dans un commissariat de police, déclarant être l'assassin de l'homme trouvé en morceaux rue des Plâtrières, à Ménilmontant. Or, les parents du jeune autoaccusateur me déclarèrent que leur fils *avait toujours eu le culte du mensonge*, qu'il s'était toujours montré *vantard* et *fanfaron*, tenant des propos absurdes et formant souvent des *projets fantastiques, irréalisables*. Le jeune mythomane avait jadis présenté des accidents hystériques (accès d'aboiement, attaques convulsives, etc.).

La mythomanie vaniteuse peut pousser les sujets à une autre série de manifestations pathologiques, proches parentes des autoaccusations, ce sont les automutilations. Celles-ci équivalent, dans le domaine de l'action, à celles-là dans le domaine du langage. Toutes deux représentent une dépréciation, une diminution de la personnalité, inspirée par la vanité à des débiles désireux d'occuper l'attention de l'entourage.

Brouardel cite le cas d'une jeune fille qui disait avoir été l'objet d'une attaque en wagon, et présentait une toute petite plaie au-dessus du sein gauche. L'enquête judiciaire fut négative, malgré les détails donnés par la prétendue victime; et on finit par découvrir que le couteau de l'assassin avait été acheté un mois auparavant par la victime elle-même.

Cette variété de fabulation vaniteuse se manifeste dans la pratique par la mise en œuvre de *faux attentats* ou de *fausses maladies*, avec *simulation de lésions extérieures et de troubles organiques* (ulcérations, éruptions, ecchymoses, douleurs, paralysies, fièvre, etc, etc.). Beaucoup de ces sujets taxés d'hypocondrie par des médecins qui

n'aperçoivent pas la cause objective de leurs souffrances, sont ainsi de *faux hypocondriaques*, qui, exempts de toute nosophobie, ne se plaignent que pour être plaints. Certains de ces simulateurs se recrutent chez les infirmiers et surtout chez les infirmières.

A cette catégorie appartiennent les fausses polyuries, les fausses hyperhydroses, les fausses hématémèses, etc., simulées avec tant d'art et sans aucun intérêt direct par les mythomanes. D'habitude, les simulations coïncident avec les accidents hystériques, sur les mêmes sujets.

Les syndromes morbides, ainsi organisés, provoquent, autour des faux malades, le zèle des médecins, souvent l'intervention des chirurgiens ; et l'entêtement systématique du mythomane, manifestement contraire alors à ses intérêts, ne cède pas à la perspective d'une opération imminente ; au contraire, la fable continue de plus belle ; et le simulateur, non seulement réclame l'intervention chirurgicale, mais, après l'avoir subie, la sollicite à nouveau auprès d'autres médecins et chirurgiens.

Je puis citer un malade, dont Thoinot et Mosny ont publié l'histoire sous le titre de *Un laparotomisé par persuasion*, et qui s'est fait ainsi trois fois ouvrir le ventre pour une prétendue péritonite tuberculeuse, qu'il simule avec du tympanisme abdominal, des douleurs, des troubles digestifs, etc. J'ai longtemps étudié dans mon service cet homme, que tout le monde s'accorde à considérer comme un hystérique ; or, je l'ai vingt fois surpris en flagrant délit de mensonge intentionnel et lui ai fait simuler, à mon gré, non seulement toutes les formes classiques de l'hystérie, telle qu'une hémianesthésie complète (qu'une piqûre imprévue, pratiquée sous les draps, surprenait en défaut,) etc., mais encore des syndromes atypiques et contradictoires qu'il organisait, suivant les pièges qu'on lui tendait, pour le plaisir de me tromper et de se rendre intéressant aux yeux du service. Ce sujet est un type accompli de mythomane, et on peut le citer comme un bon exemple de la simulation, poussée pour amour d'elle-même jusqu'à la laparotomie à répétition. Ces simulations mytho-

pathiques de maladies allant jusqu'à une véritable *folie opératoire*, ne sont pas inspirées aux sujets par les nécessités pressantes ou majeures de l'intérêt personnel ; elles ont surtout pour but d'occuper l'attention de l'entourage, d'intriguer et d'exciter la curiosité, de créer autour du mythomane une atmosphère de sympathie et de zèle ; en un mot, c'est la vanité qui met en jeu l'activité mythopathique de ces *fabulants simulateurs d'attentats et de maladies*. Il n'est pas de médecin qui n'ait rencontré, en ville ou à l'hôpital, de ces sujets simulateurs, à propos desquels on se demande quel intérêt peut guider leurs actes, et chez qui l'œuvre de *simulation-fabulation* révèle presque uniquement la mise en jeu par la vanité d'aptitudes mythopathiques constitutionnelles.

Dans cette catégorie rentrent certaines *simulations d'attentats criminels*, sans désignation de coupables, par conséquent sans malignité nocive intentionnelle. La victime de l'attentat qui prétend s'être évanouie ou avoir été surprise dans l'obscurité, etc., n'accuse personne. L'enquête judiciaire n'aboutit pas, et l'affaire ne tarde pas à être classée, par un magistrat qui parfois obtient de l'héroïne de l'aventure l'aveu plus ou moins explicite de son mensonge.

Un cas typique de cette variété de *fabulation-simulation dramatique d'attentat criminel* a défrayé récemment la rubrique criminelle de la presse, sous le titre de : *Cambriolage d'un appartement par des bandits masqués.*

Le baron de X..., rentrant chez lui, un soir, fut fort étonné et ému de trouver, gisant dans un fauteuil du salon, sa femme sans connaissance apparente et le cou étranglé par une ficelle. Toute lumière était éteinte et un grand désordre régnait dans l'appartement : les bibelots jonchaient le sol, etc. L'alarme fut donnée ; on s'empressa autour de la victime, qui, en reprenant ses sens, raconta que deux bandits masqués avaient pénétré dans l'appartement, l'avaient terrorisée, s'étaient emparés de son trousseau de clefs et s'étaient enfuis après avoir dérobé dans un secrétaire deux mille francs et des bijoux de grande valeur.

L'enquête établit que personne n'avait vu ni entrer ni sortir les voleurs, et qu'aucune trace d'effraction n'existait nulle part. La fille de la victime, Mlle de X..., couchant dans une chambre voisine du salon, n'avait rien entendu de la soirée, et n'avait été réveillée que par les cris de son père, appelant au secours à la vue de sa femme évanouie. La porte de la chambre de la jeune fille avait été fermée à clef du côté du salon. De plus, le soir du drame, la domestique avait reçu l'ordre de préparer le dîner de bonne heure et la permission de sortir ; et ce soir était précisément celui où le maître de la maison dîne régulièrement au dehors.

Interrogée à plusieurs reprises par le commissaire de police, la baronne de X..., maintint énergiquement ses déclarations. Quelques jours après, elle finit par avouer qu'elle n'avait été victime d'aucun attentat, et que, pour des raisons qu'elle ne s'expliquait pas, elle avait simulé l'agression et le vol.

Il est intéressant d'ajouter à cette observation que les journaux avaient publié, quelques jours auparavant, le récit d'un cambriolage d'appartement par des hommes masqués en Belgique. Il est probable que la lecture de ce fait divers avait ému Mme de X... et avait ainsi amorcé chez elle l'autosuggestion de simuler le dramatique attentat.

Il faut rapprocher de ce cas les deux suivants, rapportés à la Société de médecine légale, en 1893, par Vibert et que je résume brièvement.

Rentrant chez elle après une demi-heure d'absence, une dame Z... trouva la porte de son appartement ouverte, et, dans la chambre, sa bonne, une demoiselle X..., âgée de vingt-huit ans, étendue à terre, bâillonnée, les mains et la figure en sang. La victime raconte qu'en entrant dans la chambre à coucher elle a surpris un homme, dont elle donne le signalement, occupé à fouiller dans l'armoire à glace ; cet homme s'était jeté sur elle, l'avait terrassée, bâillonnée, puis avait disparu.

L'enquête établit l'impossibilité de l'attentat et l'absence du vol ; une trentaine de louis, enfermés dans une

bourse, furent retrouvés éparpillés au milieu du contenu bouleversé de l'armoire. Le sang venait du nez et de quelques égratignures. Le soi-disant bâillon était un linge que serrait entre ses dents la victime. De plus, le désordre qui règnait dans la chambre était singulier : tous les sièges sans exception et tous les meubles maniables étaient renversés la tête en bas, mais en conservant à peu près leurs places respectives.

Devant les objections qui lui furent faites, la jeune bonne, vers la fin de la journée, déclara que la scène qu'elle avait décrite n'avait pas dû avoir lieu. L'examen médical révéla chez elle des antécédents et des stigmates hystériques, du surmenage récent, de l'oppression anxieuse et de l'amnésie confuse de la scène de l'attentat. L'enquête établit que la malade, un ou deux ans auparavant, avait fait croire à son amant qu'elle était morte et qu'un médecin appelé en toute hâte l'avait trouvée calme et souriante.

Le juge d'instruction déclara que le mobile auquel avait pu obéir la fille X..., dans ce pseudo-attentat, lui échappait complètement.

Le second cas concerne un sieur N..., porteur de stigmates hystériques, loquace et emphatique, qui a toujours mené une existence errante et bizarre. Un soir, il est transporté à l'hôpital, où il raconte qu'un fiacre, dont il donne le numéro et la couleur des verres, l'a écrasé et que le cocher l'a injurié et frappé de son fouet. Il s'est relevé, vomissant le sang à pleine bouche, s'est traîné à un poste de police et a réclamé du secours. La laparotomie est pratiquée d'urgence. Pas de renseignement sur l'état des organes abdominaux. Guérison. Interrogé par la police, le cocher désigné par N... reconnaît avoir passé dans la rue et à l'heure indiquées, mais il n'a connaissance d'aucun accident causé ni par lui ni par une autre voiture ; il fait remarquer, de plus, qu'une telle scène n'aurait pas pu passer inaperçue en ce lieu et à cette heure, et met N... au défi de trouver un seul témoin. On n'en trouva pas, en effet, et l'instruction, après une minutieuse enquête, fut close par un non-lieu.

Or, le Dr Vibert avait déjà vu le même N..., un an auparavant, à l'occasion d'une simulation presque semblable. N... avait prétendu avoir été victime de l'accident de chemin de fer de Saint-Mandé, avoir vomi plusieurs cuvettes de sang, etc. Transporté à Saint-Antoine, il en sortit au bout de quelques jours, prétendant toujours souffrir de graves lésions internes. Il réclamait à la Compagnie une grosse indemnité et au Ministère de l'Intérieur une récompense, pour avoir contribué au sauvetage des victimes, en oubliant ses propres blessures.

L'enquête ne put prouver que N... se trouvait dans le train, ni même à Saint-Mandé, au moment de la catastrophe. L'affaire n'eut pas de suite.

J'ai observé, avec M. Verliac, à l'Hôtel-Dieu, un sourd-muet débile, atteint de péritonite tuberculeuse, qui nous raconta un matin que, dans la nuit, un monsieur était venu auprès de son lit et l'avait frappé de trois coups de couteau à la jambe ; et le malade nous montrait, en effet, trois petites plaies, qu'il avoua par la suite s'être faites lui-même.

Ces observations nous offrent un bien curieux mélange de fabulations très compliquées, avec simulation de la mise en scène du drame ; elles nous montrent de plus que l'acceptation de graves opérations chirurgicales peut faire partie, chez certains malades, du plan de l'œuvre mythopathique.

Je discuterai plus loin la nature de ces syndromes, et la question de leurs relations avec l'hystérie.

Mythomanie maligne

La mythomanie maligne est celle qui s'associe aux formes si variées de l'instinct de destruction, depuis la simple malice jusqu'à la férocité la plus acharnée. Sans répéter les propositions, plus haut développées à propos du même syndrome étudié chez l'enfant, sur l'étiologie du processus, sur la débilité psychique des sujets en cause, sur les qualités intellectuelles et volontaires, d'origine atavique et de

nature animale, que déploie, dans la poursuite de son œuvre, le mythomane méchant, je rappelle ici que, contrairement à la forme vaniteuse, plus fréquente chez l'homme, la forme maligne de la mythomanie est, pour des raisons déjà indiquées, plus fréquente chez la femme.

La mythomanie maligne revêt deux formes principales, celle de la malice et celle de l'hétéroaccusation calomnieuse.

La *forme malicieuse* comprend la série des fabulations orales, écrites ou machinées, que leurs auteurs organisent contre autrui. J'ai indiqué plus haut les fréquentes associations qui existent entre cette forme malicieuse et les différentes variétés de mythomanie vaniteuse, ainsi que les étroites affinités qui unissent ce syndrome à cet état que Dally a proposé d'isoler sous le nom de délire malicieux. A cette catégorie de mythomanes malicieux appartiennent les *mystificateurs* d'habitude, ou professionnels ; ceux qui, par tempérament, par tendance instinctive, sont poussés à organiser des fables, destinées à tromper autrui et à provoquer chez leurs victimes toute une série de réactions le plus souvent prolongées ou compliquées, toujours pénibles ou douloureuses, dans leurs sentiments et leur conduite. Le mystificateur garde l'anonymat et jouit en secret, soit seul, soit avec ses confidents ou ses complices, des conséquences de sa machination. La malignité intentionnelle, plus que la vanité fanfaronne, se décèle ainsi non seulement dans son acte, mais encore dans son attitude. Le mystificateur choisit, comme victime, soit une personne de son entourage, généralement confiante et naïve, soit un groupe, une famille, soit même une corporation, soit enfin la société tout entière.

Je n'insiste pas ici sur les mille variétés de la mystification, dont beaucoup de formes s'inspirent, par suggestion, chez les prédisposés, des faits de l'actualité. C'est ainsi que les crimes retentissants, les attentats anarchistes, etc., provoquent, sous forme de crises épidémiques, soit l'envoi à la police de lettres anonymes, contenant des dénonciations mensongères, des fausses pistes, des menaces, etc., soit la simulation plus ou moins habile de

l'attentat du jour, comme le dépôt de fausses bombes, etc. Certaines de ces mystifications révèlent chez leur auteur encore plus de talent de mise en scène, d'aptitudes mimétiques et d'imagination inventive que de méchanceté foncière. Dans d'autres cas, au contraire, la mystification trahit chez son auteur beaucoup moins la fantaisie de se divertir que la tendance maligne à nuire, le désir de faire à autrui du tort et de la peine.

Une jeune fille annonce qu'elle va mourir tel jour, à telle heure ; au jour annoncé, elle fait la morte, résistant avec une étonnante force de volonté à toutes les excitations employées pour la sortir d'un état en apparence cataleptique ou comateux. Puis, après trois jours de cette comédie, elle se lève, s'habille, prétend sortir d'un rêve et jouit de la stupéfaction de sa famille et des assistants. Pressée de questions par son médecin, elle avoue qu'elle a joué la comédie et qu'elle n'a jamais été aussi heureuse que pendant qu'elle assistait aux efforts, aux menaces, aux prières de son entourage. Dix autres scènes plus ou moins variées, plus ou moins intenses, se sont produites depuis, et cependant cette jeune fille a tout ce qu'on appelle les qualités de l'esprit et du cœur.

Dally, auquel j'emprunte la relation textuelle de ce fait, en cite d'autres, notamment la simulation d'un blépharospasme par une jeune femme ; celle-ci était affectée d'une hystérie convulsive, sur la réalité de laquelle il a eu, dit-il, plusieurs fois, des doutes sérieux ; et il ajoute que la malade, guérie depuis longtemps, devenue une femme remarquablement intelligente et une excellente mère, a avoué à son médecin sa simulation, d'après elle irrésistible.

Un très grand nombre de sujets, dits hystériques, sont aussi les organisateurs conscients et malicieux de *séances de spiritisme*, de faits d'*occultisme*, de *miracles*, d'histoires de *maisons hantées ;* et je vous recommande, à cet égard, l'instructive observation de Jeanne D..., héroïne de la maison hantée de Daïmonopolis, publiée par le professeur Grasset, dans son ouvrage sur *Le Spiritisme devant la science*. Toutes ces aventures sont l'œuvre, parfois très

savamment machinée, et toujours enrichie et compliquée par la crédulité et la suggestion de l'entourage, de mythomanes malicieux, *exploiteurs de la foi au merveilleux*, tourmentés par le désir de paraître et de semer chez autrui l'étonnement, le trouble et l'intrigue. La fraude et la supercherie sont tantôt nettement volontaires et conscientes, tantôt plus ou moins involontaires et inconscientes ; en tous cas irrésistibles et manifestement en rapport avec les aptitudes natives, les tendances constitutionnelles, avec le tempérament du sujet. Je discuterai plus loin la question de conscience et de volonté dans le processus mythopathique.

La seconde forme de mythomanie maligne, beaucoup plus importante à tous les points de vue, surtout en médecine légale, est l'*hétéroaccusation calomnieuse.*

Cette forme revêt toutes les variétés et présente dans sa virulence une gradation ascendante, dont P. Garnier a fort heureusement exprimé les progrès dans les termes suivants : inventivité malveillante, insinuation accusatrice, imputation calomnieuse. Les procédés employés par les mythomanes malins sont très variés : récits mensongers, lettres le plus souvent anonymes, compromettantes ou accusatrices, organisation de scènes plus ou moins dramatiques, etc. La *lettre anonyme*, simple variété écrite de mythomanie maligne, représente un procédé courant, que ses caractères de lâcheté et de sournoiserie désignent naturellement au choix de la plupart des méchants. La lettre anonyme montre bien, précisément parce qu'elle est anonyme, l'absence de tout élément vaniteux dans les mobiles des formes purement malignes de l'activité mythopathique.

Il existe de très nombreux cas d'hétéroaccusation calomnieuse, avec dénonciation formelle, orale ou écrite, aux autorités, du prétendu coupable. Le mobile incitateur de l'activité mythopathique est souvent la haine, la jalousie, le désir de la vengeance. Mais il existe une frappante disproportion entre l'insignifiance des griefs accusés et l'importance des manœuvres de mensonge et de fabulation diri-

gées contre sa victime par le mythomane. Parfois la suggestion effectuée par l'entourage peut contribuer au développement du syndrome mythopathique. P. Garnier a récemment publié un cas probant de cette variété d'hétéroaccusation calomnieuse récidivante. Il s'agit d'une débile, hystérique de dix-neuf ans, qui, chez le juge d'instruction, accusa trois personnes d'avoir noyé un individu, et provoqua, par cette dénonciation sciemment mensongère, la condamnation de ces personnes à plusieurs mois de prison. Celles-ci furent, d'ailleurs, acquittées en appel. Quelque temps après, la même accusatrice dénonça comme l'assassin de ce même noyé son propre père à elle, sur les conseils de la famille de son fiancé. Le drame se dénoua, dans le cabinet du chef de la Sûreté, par une attaque d'hystérie convulsive.

Dans les commentaires dont il accompagne cette observation, P. Garnier dit fort judicieusement : la suggestion ici n'a rien créé, elle n'a fait qu'utiliser des éléments innés (propension au mensonge, amour-propre, besoin de nuire) joints à une rancune active et violente, en un mot, tous les éléments de cette même tendance accusatrice, qui souvent entre en jeu d'elle-même.

La variété, sinon la plus fréquente, au moins la plus curieuse de fabulation maligne chez l'adulte, est celle de l'*hétéroaccusation génitale*, formulée, soit par une jeune femme, soit plus souvent encore par une jeune fille, quelquefois par un jeune garçon, et dirigée contre un tiers innocent. Il s'agit alors d'un viol ou d'une tentative de viol, avec strangulation ou mutilation de la victime ; ou d'attentat à la pudeur, avec violence, etc., ou encore d'adultère dramatique, etc. D'autres fois, l'accusation dénonce une grossesse et un avortement criminel. Dans presque tous les cas, le roman mythopathique est encadré dans une mise en scène dramatique : désordre des meubles, bris de glace, traces de lutte sur la victime qu'on découvre bâillonnée et évanouie, etc. Le plus souvent la fable se présente, dans sa forme et son fond, dans son encadrement et dans son débit, si bien machinée et avec une telle appa-

rence de vraisemblance que l'entourage s'émeut, qu'une enquête judiciaire est ouverte, et que la victime est interrogée. Alors apparaissent tous les caractères classiques de l'accusation dite hystérique : apparence lucide, sincère et désintéressée de l'accusateur, vraisemblance du crime rapporté ; caractère précis, détaillé, luxueusement descriptif, presque invariable dans les termes, du récit accusateur, et, presque toujours affaire dramatique et entourée d'un certain mystère.

Souvent, ainsi que je l'ai établi, et que mon élève Manet l'a démontré dans sa thèse, le roman criminel est à double héros et revêt la forme de l'*auto-hétéro-accusation*, dans laquelle le sujet accusateur avoue sa faute et dénonce des complices. Car, ainsi que l'a dit P. Garnier, si d'autres s'immolent pour l'amour de la vérité l'hystérique consent à se sacrifier par amour du mensonge.

Les exemples abondent, dans la littérature médico-légale, de ces romans criminels, à caractère génital, inventés par les mythomanes, et qui sont imputés à l'hystérie parce qu'on les observe très souvent, en effet, chez des sujets qui présentent des stigmates ou des accidents hystériques.

Le plus classique de tous, à cause du retentissement qu'il a entraîné, est le cas de Mlle Morel, qui, en 1835, accusa le lieutenant de la Roncière d'une tentative de viol, dont elle simula, dans sa chambre, la mise en scène nocturne et dramatique, et dénonça la criminelle horreur à sa famille, aux magistrats et devant le tribunal. Le malheureux lieutenant, complètement innocent, fut condamné à dix ans de réclusion, effectua sa peine entière à Clairvaux et ne fut réhabilité qu'en 1849.

J'ai vu, à l'Infirmerie du Dépôt, un cas absolument analogue, dont P. Garnier a communiqué l'histoire à l'Académie de Médecine en 1903. Il s'agit d'une jeune paysanne de vingt-deux ans, débile, hystérique, que l'on trouva un matin à demi évanouie, dans son lit, saignant au cou d'une plaie transversale superficielle et longue de 4 centimètres, ligotée au cou et aux pieds; fenêtre ouverte, carreaux

brisés, chambre en désordre, etc. Après avoir raconté la scène du viol, commis par un individu entré la nuit par effraction, etc., la jeune fille indiqua, comme coupable, un jeune homme de la localité, qui avait provoqué chez elle, en dédaignant ses avances, un assez vif dépit amoureux. Au bout de quelques jours d'isolement et d'examen, le Dr P. Garnier obtint de la prétendue victime l'aveu implicite de sa supercherie, et, à propos de cette malade, l'éminent maître ajoute, en une conclusion du plus haut intérêt psychologique et médico-légal, que « Louise G... restait indifférente devant l'énormité de son mensonge ; celui-ci avait l'air de s'annexer au moi conscient, à la manière d'un rêve, d'un phénomène mental si vague et si lointain qu'il en devenait presque *impersonnel.* »

Le *viol* est presque toujours le *crime de choix* dénoncé par les accusatrices et P. Garnier, dans une judicieuse analyse psychologique, a montré les raisons déterminantes de ce choix dans le caractère particulièrement odieux de ce crime, dans la sympathie et surtout dans la curiosité et l'intérêt qu'il éveille dans l'entourage pour la pauvre victime ; celle-ci est à la fois heureuse d'être plainte et flattée d'être remarquée. La vanité l'emporte alors sur la pudeur, et le choix du procédé mythopathique met bien en évidence à la fois la vanité, la malignité et l'amoralité du sujet accusateur.

Dans d'autres cas, le roman mythopathique ne comporte plus d'élément génital. Il s'agit seulement d'une *tentative d'assassinat*, ou tout au moins de *violences graves*, telles que ligotement, bâillonnement, strangulation, etc., exercées dans un but de vol ou de vengeance, sur l'héroïne et l'auteur du roman.

Qu'il s'agisse d'un vol ou d'un viol, l'œuvre mythopathique maligne comporte toujours, contrairement à l'œuvre mythopathique simplement vaniteuse, l'hétéroaccusation, soit par insinuation, soit par dénonciation, soit par reconnaissance du prétendu coupable, soit enfin par collaboration ultérieure à l'erreur judiciaire.

La mythomanie perverse

La mythomanie perverse est celle dans laquelle la fabulation, mise en œuvre dans une mentalité amorale par des mobiles vicieux, tend à satisfaire une intention soit cupide, soit lubrique, soit simplement passionnelle ou intéressée.

L'activité mythopathique se déploie alors au service de la fraude sous toutes ses formes, de la perversion génitale, d'appétits vicieux en général. Très souvent, sur le fond commun de l'égoïsme et de la débilité morale, l'élément pervers, dans le complexus mythopathique, s'associe à l'élément vaniteux et surtout à l'élément malin. Une hétéroaccusation de viol, par exemple, peut témoigner de l'ingérence simultanée, dans l'œuvre de mensonge, de la vanité, de la malignité, de la lubricité et de la cupidité. Par vanité, la mythomane accapare l'attention publique ; par malignité, elle accuse un innocent ; par lubricité, elle construit un roman érotique ; et par cupidité, elle peut viser l'attribution de dommages et intérêts, etc.

La mythomanie perverse, de nature cupide, est celle dont les ressources sont déployées avec un talent si extraordinaire par les grands escrocs, les agioteurs de haute marque, les chefs des grandes entreprises frauduleuses, les emprunteurs sur faux héritages, en un mot, les *escompteurs de fortunes fictives*, dont le chiffre fabuleux et l'échéance prochaine figurent parmi les éléments constants de l'œuvre de suggestion entreprise aux dépens d'autrui par les mythomanes pervers.

L'exemple le plus fameux de cette variété d'activité mythopathique nous a été donné par l'affaire Humbert. Au cours des péripéties successives de ce roman extraordinaire, nous avons vu les classes les plus considérables et les plus éclairées de la société graviter, par l'effet d'une suggestion extensive et vraiment vertigineuse, autour d'un personnage central, Thérèse, simple débile intellectuelle et morale, mais imaginative, fabulante, possédant les qualités spéciales que déploie le mythomane actif dans la pour-

suite de son œuvre, et douée d'aptitudes réellement créatrices.

L'activité mythopathique de Thérèse, en effet, non seulement a donné l'existence sinon biologique, au moins judiciaire et légale, au fantôme des Crawford, mais encore, à travers toutes les difficultés de la procédure et de la finance, et précisément avec la complicité active et inconsciente des magistrats et des financiers, elle est parvenue à édifier la réalité de la fortune sur le néant d'une fable.

Le cas de Thérèse Humbert n'est pas isolé. Tout récemment, dans une affaire encore en cours, une aventurière, du nom de Chadrick, a joué, vis-à-vis de la société américaine, le même rôle que Thérèse Humbert.

D'autres grands aventuriers de la haute escroquerie financière, en Autriche et en Allemagne, ont fait preuve de la même activité mythopathique. C'est à propos de ces faits que, dans un travail sur le mensonge pathologique, Delbrück, de Stuttgart, proposait, dès 1891, d'isoler ces cas, véritables exemples de mensonge morbide, sous le nom de *pseudologie fantastique* (Πσευδολογια, mensonge). Depuis, Forel a bien montré que le cas de Thérèse Humbert entrait dans le même cadre nosologique.

Je ne puis insister davantage sur ces faits, véritables observations de psychopathologie sociale, qui représentent autant de cas particuliers de mythomanie perverse. Celle-ci est mise en jeu par la cupidité chez des sujets amoraux et manifestement dominés, en dehors de leurs vices, par une invincible tendance à la fabulation fantastique. Quels que soient, d'ailleurs, le milieu ou le niveau social où il évolue, le syndrome mythopathique obéit à des lois générales toujours les mêmes, que je vous résume dans les lignes suivantes.

Le roman mythopathique, dont les qualités de logique, de vraisemblance et par conséquent de vitalité, sont naturellement proportionnelles au niveau intellectuel de son auteur, s'inspire, à ses débuts, de circonstances (faits, documents, etc.), ou vraies ou très vraisemblables. L'œuvre d'imagination s'élève donc le plus souvent sur une base

empruntee à la réalité, et ne cesse, au cours de son développement, de contracter avec elle de multiples rapports. Le mensonge participe donc plus ou moins à la vérité des choses ; et, grâce à la complicité inconsciente mais active de l'entourage, le fantôme emprunte à la vie d'autrui sa propre vie et la fable prend corps.

Par une illusion, dont les dioramas nous donnent, dans le domaine optique, un bon exemple, le spectateur, en face des vastes horizons qui s'offrent à lui, ne peut dire où finit la réalité du sol qu'il touche du pied et où commence l'illusion du paysage qui s'étend devant ses yeux : l'art du peintre, en ménageant les transitions, a rendu impossible la distinction entre la nature et le tableau. Et cependant, l'immensité artificielle des perspectives, sur la toile de fond des dioramas comme dans le développement du roman mythopathique, commence à quelques pas du spectateur. Dans les deux cas, un peu de vérité dans le cadre et beaucoup d'art dans le tableau peuvent suffire, grâce à la science des transitions, à donner la vie à tout un monde imaginaire.

Par l'air de sincérité et de conviction de son débit et de ses allures, par la conformité logique qu'il apporte entre ses paroles et ses actes, le mythomane capte la confiance de son entourage. Les convertis deviennent à leur tour des agents de propagation active, qui étendent autour de son auteur le cercle de contamination psychopathologique. Le prosélytisme des néophytes ne se déploie pas qu'en paroles ; il s'exerce en actes, en témoignages, en écrits, en démarches, en apports d'argent, etc. Ce sont là des faits matériels qui, par leur accumulation et leur enchaînement, donnent à la fable en marche l'appoint décisif de leur objectivité et de leur concordance.

Le spectacle de cette foi sincère et agissante est bien fait pour entraîner les plus sceptiques ; bien plus, il entraîne l'auteur même du roman qui, suggestible lui-même et victime de la suggestion générale, finit par croire à la réalité de son œuvre. Semblable à certains chefs d'émeute, le mythomane subit forcément la poussée irrésistible de la

foule qu'il a déchaînée, et marche à la tête d'un mouvement qu'il ne commande plus. Entre le fabulant et l'entourage, entre le dupeur et les dupés se crée ainsi un système d'induction, où le sujet inducteur et le cercle induit exercent l'un sur l'autre une influence réciproque de multiplication suggestive.

Ce processus de *psychopathie collective* aboutit à l'édification d'un monument d'erreurs, qui est vraiment l'œuvre de tous et appartient au domaine de ces faits sociaux que Tarde proposait d'étudier sous le terme, si juste et si ingénieux, d'*interpsychologie*, et que Vigouroux et Juquelier, dans leur récente étude sur la *contagion mentale*, ont soumis à l'analyse la plus fine et la plus judicieuse.

L'activité mythopathique peut, en s'associant à d'autres perversions que la cupidité, à d'autres appétits que celui de la fortune, réaliser d'autres formes de mythomanie perverse, comme la *forme lubrique*, dans laquelle l'érotisme du perverti ne se satisfait qu'à travers un tissu d'inventions et de fables, et pousse le mythomane à faire de la tromperie et du mensonge la règle de sa conduite amoureuse. A cette catégorie appartiennent les polygames vrais, les sujets qui contractent successivement, en changeant d'état civil et de résidence, plusieurs mariages légaux ; les *séducteurs professionnels*, qui recommencent incessamment auprès de leurs victimes successives le même manège de fausse chevalerie. Tous ces pervers sont en même temps des vaniteux, qui se parent de faux titres, se vantent de prouesses et de fortunes imaginaires ; et la plupart d'entre eux sont des escrocs, des chevaliers d'industrie, qui visent, à travers leur comédie d'amour, la réalité des espèces sonnantes : ils convoitent, dans toute bonne fortune, une fortune meilleure encore, et arrivent, en effet, à tromper assez habilement leur victime pour déshonorer la première et voler la seconde.

Une forme très curieuse d'activité mythopathique, qu'on peut qualifier de *mythomanie errante*, se caractérise par l'association aux aptitudes mythiques, de ces tares psychiques (versatilité mentale, aboulie, appétit du changement,

excitation locomotrice) qui aboutissent à l'instabilité de l'individu, à la tendance continuelle aux déplacements, aux fugues et à la vie errante. Beaucoup de ces dégénérés migrateurs, bien étudiés par Pitres et par Tissié, sont doublés de mythomanes constitutionnels, qui ont autant de tendance à mentir qu'à voyager, et qui passent ainsi, dans la vie, sans livrer à ceux qui les observent le secret de leur existence. Ces sujets, véritables fables en marche, parlent cependant d'abondance et racontent leurs odyssées ; mais leurs récits sont un mélange inextricable de vérité et d'erreur, de sincérité et de mensonge, où l'enquête la plus patiente n'aboutit qu'à relever des lacunes et des contradictions. Kraepelin a consacré une de ses leçons cliniques à l'histoire d'un psychopathe fabulant et migrateur, dont il a toujours été impossible de reconstituer la carrière et de déterminer l'identité.

Le sujet se révèle ainsi comme un *mythomane fabulant actif*, dont toute la vie n'est qu'un tissu d'irrégularités et de mystères, un personnage sans identité civile et sans tenue morale, qui arrive quelquefois, à la faveur des circonstances, lorsqu'il est habile et processif, à semer l'intrigue et le trouble dans la société et les familles, en élevant des contestations, en prétendant, par sa naissance, à tels ou tels droits, héritages ou qualités. La littérature historique, médico-légale et judiciaire offre des exemples intéressants de ces types de mythomanie errante.

Associations pathologiques de la mythomanie

Nous voici arrivés au terme de l'étude étiologique, pathogénique et clinique de la mythomanie. Je voudrais maintenant considérer la relation que ce syndrome contracte avec d'autres états psychopathiques, et essayer de déterminer la place de la mythomanie dans le cadre nosologique.

Nous avons vu l'origine du syndrome dans la persistance et dans l'intensité anormales, chez l'adulte, de l'activité mythique infantile. Nous avons reconnu, comme inhérentes au syndrome mythopathique et même comme carac-

térisant ses principales formes, diverses manifestations de la débilité intellectuelle, affective et morale, surtout la vanité, la malignité, et la perversité.

Ces complications impliquent les affinités étroites qui relient la mythomanie aux autres formes de la *dégénérescence mentale* et aux diverses manifestations du *déséquilibre psychique* en général, particulièrement aux troubles permanents du caractère et aux différents modes et degrés de la *folie morale*.

En dehors de ces associations morbides fondamentales, on observe très souvent des rapports étroits de coïncidence ou de succession entre les manifestations de la mythomanie et les accidents de l'hystérie. Ici se pose le problème des rapports de la mythomanie et de l'*hystérie*.

Je n'entreprendrai ni la revue des opinions, ni la critique des définitions qu'on a données de l'hystérie. La tendance actuelle est à la critique sévère de l'ancienne conception nosologique de l'affection, à la délimitation exacte des frontières de son domaine, enfin au démembrement d'un vaste territoire, qui semble à tous trop vague et trop étendu.

Babinski a pris la tête et la direction de ce vaste mouvement de critique en proposant, avec une méritoire franchise, une définition que vous connaissez tous et qui a le précieux avantage d'éliminer de l'hystérie nombre d'accidents névropathiques, indûment assimilés, d'après l'éminent neurologiste, aux symptômes fondamentaux de la maladie.

Je crois, pour ma part, qu'il est illégitime de grouper sous une étiquette commune des faits aussi disparates que les attaques convulsives, le rétrécissement du champ visuel, l'hémianesthésie et le mensonge, et j'estime que la dissociation du bloc hystérique s'impose.

La meilleure méthode d'étude du problème de la nature de l'hystérie est l'analyse sévère des faits bien observés ; et, sans prétendre aborder ici la discussion peut-être prématurée d'un tel problème, je crois pouvoir contribuer à sa solution, en étudiant les rapports qui existent, en cli-

nique, entre les faits de mythomanie définis par leur nature même, et les accidents dits hystériques, si souvent présentés par les menteurs, les simulateurs et les fabulants.

Les faits mythopathiques, d'une part, les faits hystériques, d'autres part, offrent un grand caractère commun. Ils sont tous deux constitués par la simulation, provoquée ou spontanée, d'un fait inexistant en lui-même. Chez l'hystérique, le fait simulé appartient, le plus souvent, à l'ordre pathologique, et s'objective avec la complicité synergique de l'esprit et du corps, sous forme d'un syndrome névropathique. Chez le mythomane, le fait simulé, d'ordre beaucoup plus général, s'objective de préférence par le langage, mais avec la collaboration étroite de toutes les autres activités organiques, sous forme d'une fable plus ou moins compliquée.

Quand la simulation paraît inconsciente et involontaire, elle est dite hystérique. Quand, au contraire, la simulation, souvent dictée par un sentiment plus ou moins désintéressé, paraît consciente et volontaire, elle n'appartient plus, pour l'immense majorité des auteurs, à l'hystérie, et se rattache alors au vice, à la perversité, à ce qu'on entend généralement sous le nom de simulation. Le malade n'est plus un hystérique, c'est un simulateur.

Les deux séries de faits simulés ne se distinguent donc que par l'existence ou l'absence, dans le processus psychique, de la conscience et de la volonté. Mais, dans les deux cas, la simulation est l'œuvre d'une *autosuggestion*, soit personnelle et spontanée, soit étrangère et provoquée.

Or, que le processus d'autosuggestion soit actif ou passif, qu'il se déroule avec ou sans l'intervention de la conscience et de la volonté, le résultat clinique est le même, et, en effet, rien n'est plus difficile, en théorie, comme en pratique, que de distinguer, chez un sujet qui simule, la présence ou l'absence de la conscience et de la volonté, dans la genèse du syndrome simulé.

La conscience assiste-t-elle, avec plus ou moins de plénitude et de lucidité, la volonté consent-elle, avec plus ou

moins de facilité ou de résistance, aux phases du processus ? Nous ne pouvons le savoir avec certitude, et nous n'avons aucun moyen sûr et constant de mesurer, chez le simulateur, la valeur des constatations de la conscience et des efforts de la volonté.

Sans doute, on peut, à cet égard, émettre à propos de chaque cas particulier, des suppositions que semblent, en général, confirmer l'évolution clinique, le traitement et les déclarations ultérieures du malade. Mais, dans nombre de cas, le problème est insoluble et reste entier. J'ai longtemps observé, dans mon service, des sujets manifestement hystériques pour les uns, évidemment simulateurs pour les autres, et que je regarde comme des mythomanes, c'est-à-dire comme des sujets à la fois, ou tour à tour, hystériques et simulateurs, capables d'organiser, avec ou sans l'intervention de la volonté consciente, des simulations morbides et des fabulations, dont la psychogenèse varie suivant les moments, les occasions, les observateurs et la forme clinique de l'œuvre mythopathique. La clinique neurologique, mais surtout la clinique médicolégale et la clinique pénitentiaire fourmillent de ces cas hybrides où l'observateur le plus averti ne peut faire, dans la psychogenèse des accidents, le départ de l'hystérie et de la simulation.

Ce litige insoluble se prolonge parce que la question est mal posée. On s'efforce, en réalité, de distinguer deux éléments différents dans un même ordre de faits ; et l'on invoque, pour établir cette distinction, l'existence d'autres éléments, la conscience et la volonté, dont la présence ou l'absence aurait la propriété de changer la nature des faits observés. Cette prétention est illogique : car, s'il est certain qu'aux deux extrémités de la série des faits de simulation, on constate nettement l'existence ou l'absence de conscience et de volonté, le fait fondamental reste toujours, dans les deux cas, la simulation, et celle-ci ne saurait différer d'elle-même suivant ses associations psychiques. Que le sujet marche avec ou sans la conscience et la volonté de marcher, il exécute toujours le même acte, la marche ; et

celle-ci reste, dans les deux cas, foncièrement le même processus.

Inconsciente et involontaire presque toujours chez l'enfant et souvent chez l'adulte, l'activité mythopathique est évidemment accompagnée de conscience et de volonté, dans beaucoup de cas de mensonge et de fabulation. La difficulté est d'apprécier l'intervention et de mesurer le rôle, dans le processus, de ces deux épiphénomènes de l'activité psychique. Souvent, la conscience et la volonté interviennent au début du mensonge et de la fabulation ; puis elles s'effacent plus ou moins complètement et peuvent disparaître du processus, sans que celui-ci soit en rien modifié dans son évolution et ses conséquences. Pour toutes ces raisons et pour d'autres encore, que nous examinerions en étudiant la simulation, nous pouvons conclure que, dans le domaine des faits cliniques de la simulation et la fabulation, la conscience et la volonté sont des attributs contingents, des éléments variables et accessoires du syndrome et que, s'ils sont intéressants à rechercher pour le moraliste, ils doivent demeurer au second plan des préoccupations du médecin.

Nous voici donc ramenés, par l'analyse psychologique et par l'observation clinique, à notre définition première de la mythomanie, dans laquelle j'ai à dessein considéré comme des éléments accessoires et contingents du processus morbide la conscience et la volonté, en définissant la mythomanie : la tendance, *plus ou moins volontaire et consciente*, à l'altération de la vérité, au mensonge et à la fabulation.

Il résulte de ces considérations que, si l'on veut discuter le problème nosologique, ce n'est pas la mythomanie qu'il faut ramener à l'hystérie ; mais qu'il convient plutôt de détacher de la névrose beaucoup de manifestations dites hystériques, pour les faire entrer dans le cadre de la mythomanie. Cette conception aurait au moins l'avantage de donner aux faits définis, sans préjuger de leur nature, un nom qui leur convînt, puisqu'il exprimerait leur caractère essentiel et primordial, qui est de résulter

d'une tendance au mensonge, à la simulation et à la fabulation.

Certaines conditions, physiologiques ou pathologiques, créent chez l'homme un état temporaire de déséquilibre mental qui présente de nombreuses analogies avec le syndrome mythopathique : tels sont les états de rêve dans lequel l'essor anarchique de l'imagination, libéré de toute contrainte, aboutit à des créations fantastiques, dont la croyance s'impose à l'esprit du dormeur, dépourvu de contrôle, de critique et de volonté.

Tous les *états de rêve*, dans le sommeil normal, dans le somnambulisme, dans les psychopathies toxiques, dans le syndrome de Korsakow, représentent ainsi des formes épisodiques et temporaires d'activité mythopathique, intéressantes à rapprocher des syndromes de la mythomanie constitutionnelle.

En effet, comme les crises mythopathiques, ces états oniriques sont des processus d'autosuggestion imaginative, dans lesquels des créations de l'esprit, par suite de leur intensité anormale et de la faiblesse des éléments correcteurs, arrivent à s'imposer à la croyance du sujet. Les *idées fixes post-oniriques*, si bien étudiées par Régis, représentent la prolongation du conflit entre la croyance pathologique et l'intelligence incomplètement réveillée.

Cette forme de la démence sénile, étudiée par Wernicke sous le nom de *Presbyophrénie*, et dans laquelle, comme dans le syndrome de Korsakow, l'activité intellectuelle se manifeste par une incessante confabulation, nous offre également un exemple du syndrome mythopathique, acquis et temporaire, symptomatique de confusion et d'affaiblissement psychiques.

Certaines intoxications, surtout le *morphinisme chronique*, prédisposent au mensonge et à la fabulation.

Ces différents états sont intéressants à rapprocher de la mythomanie pour éclairer les conditions pathogéniques des formes nettement volontaires et conscientes de la fabulation fantastique.

Rappelez-vous les curieuses observations que j'ai citées,

de simulation d'attentats criminels, dans lesquels le héros de la fable prépare soigneusement lui-même la mise en scène du drame qu'il va mimer et raconter tout à l'heure.

Dans ces accès psychopathiques, où le sujet semble être tour à tour un somnambule inconscient et un mystificateur habile, quelle est la part de la conscience et de la volonté ? Dans les faits d'occultisme, dans les séances de spiritisme, dans les histoires de médiumnité, de maisons hantées, d'apports, etc., où se termine le rôle de l'automatisme inconscient, où commence celui de la supercherie intentionnelle ?

Le domaine de la fraude inconsciente a des frontières que chacun trace au gré de son caractère et à la mesure de son esprit critique. Mais deux conditions majeures me paraissent présider à cette détermination des limites de la fraude inconsciente : c'est. d'une part l'habileté du mythomane, de l'autre le défaut de critique de l'observateur : les diverses variations de ces deux états psychiques ont certainement, dans la solution du problème, bien plus d'influence que les conditions mêmes des phénomènes étudiés. Dans tous les cas, ces conditions ressortissent au domaine de la mythomanie, principalement aux variétés vaniteuse et malicieuse du syndrome.

Je ne puis m'attarder plus longtemps à étudier ici les relations intimes qui existent entre les accidents imputés à l'hystérie et les faits de mythomanie. La discussion de ce problème nosologique demanderait de trop longs développements. Je vous propose, en matière de conclusion, de reconnaître avec moi l'existence de tout un ensemble de faits pathologiques connexes, reliés par la communauté de leur étiologie, de leur nature et de leurs affinités ; de faits qui sont l'expression d'une *tendance constitutionnelle*. d'une véritable *diathèse psychopathique de mensonge et de fabulation* à laquelle convient l'appellation générale de *mythomanie*.

Celle-ci, forme congénitale d'infantilisme psychique, résulte d'abord de l'insuffisance du frein de l'activité imaginative, lequel est normalement constitué par la critique

intellectuelle, le sens moral et l'inhibition volontaire. Elle résulte ensuite du développement de cette tendance psychopathologique, de l'association de cette activité morbide à d'autres tares psychiques, également congénitales (vanité, malignité, perversité) et, enfin, de la mise en jeu, par des appétits et des instincts vicieux, de ce psychisme originellement anormal.

Le tableau suivant résume, dans ses divisions schématiques, la synthèse nosographique que je vous ai exposée sous le nom de mythomanie.

MYTHOMANIE

Physiologique chez l'enfant normal

Pathologique chez	l'enfant anormal l'adulte	Par	Son intensité. Sa persistance. Ses associations morbides.

Variétés cliniques de la Mythomanie

1. Altération de la vérité	Déformation des faits. Addition de faits imaginaires. Suggestion étrangère.		
2. Mensonge 3. Simulation	Associés à la fabulation.		
4. Fabulation fantastique	Mythomanie vaniteuse	Hâblerie fantastique Autoaccusation criminelle Simulations diverses (attentats, maladies etc.)	
	Mythomanie maligne	Malice (mystificateurs)	
		Hétéroaccusation	Calomnie Dénonciations Simulations d'attentats, etc.....
	Mythomanie perverse	Lubrique (pervertis génitaux). Cupide (escrocs). Errante (vagabonds, etc.)	

Conclusions médico-légales

Cette étude de la mythomanie n'offre pas que l'intérêt théorique et doctrinal d'un problème de psychologie, elle présente également l'intérêt pratique et social d'une question de médecine légale de haute importance. Lasègue, Legrand du Saulle, Brouardel, Motet, P. Garnier ont, dans des mémoires classiques, depuis longtemps démontré la fréquence et le danger du mensonge et du faux témoignage chez les enfants et les hystériques ; et, en résumant les déductions médico-légales formulées par ces maîtres dans leurs travaux sur la matière, je donnerai à mon étude la meilleure des conclusions.

Le *témoignage de l'enfant* doit toujours être considéré, sinon comme irrecevable, au moins comme *extrêmement suspect*, et n'être accepté que sous bénéfice d'inventaire et de contrôle.

On doit toujours rechercher, chez l'enfant, les éléments de la *suggestion étrangère*, volontaire ou involontaire, de la part de l'entourage : parents, maîtres, etc.

La loi décide, par l'article 79 du Code d'instruction criminelle, que l'enfant au-dessous de quinze ans, pourra être entendu, au cours de l'instruction, sous forme de déclaration et sans prestation de serment. Une jurisprudence plus récente autorise cependant, sans la déclarer obligatoire, la prestation de serment devant la Cour d'Assises, par l'enfant au-dessous de quinze ans.

Le législateur a voulu indiquer par là que l'enfant, ne se rendant pas compte de la gravité du serment, pouvait être dispensé de cette formalité.

Toute la pratique judiciaire devrait s'inspirer de la sagesse de ces dispositions vis-à-vis de l'enfant. Les magistrats ne devraient, en aucun cas, accorder au témoignage de l'enfant une valeur effective ou morale que celui-ci ne peut comporter ; et le devoir du médecin-légiste est d'éclairer les magistrats sur le peu de valeur probante que comportent, à toutes les phases de la juridiction, les témoignages ou les renseignements émanés de l'enfant.

Le Code d'instruction criminelle établit que les témoins doivent être entendus et non interrogés : des questions peuvent être posées au témoin seulement après sa déposition. Cette disposition, destinée, dans l'esprit du législateur, à assurer la sincérité spontanée du témoignage, ne s'oppose nullement, en réalité, à la production des fausses dépositions de la part de l'enfant. Celui-ci, en effet, nous l'avons vu, peut avoir déjà appris, avant sa comparution devant le magistrat, la déposition qu'il va faire, et parfois il récite celle-ci comme une leçon apprise par cœur. Quant aux questions secondaires adressées au petit témoin, si elles n'émanent pas d'un homme très expert en psychologie infantile, elles aboutissent souvent, nous avons vu pour quelles raisons, à préciser le mensonge et à enrichir la fable primitive.

L'histoire médico-légale des mythomanes adultes offre également une ample matière aux réflexions des magistrats et des médecins. L'activité mythopathique de certains malades crée de toutes pièces des situations judiciaires fort intéressantes, dont le développement et parfois la regrettable issue auraient pu être évités, si la notion de la mythomanie était plus familière aux magistrats.

La révélation de crimes imaginaires et de prétendus complots provoque des enquêtes longues et inutiles, des arrestations illégitimes, etc. Dans d'autres cas, certains sujets, délinquants ou criminels avérés, et légalement arrêtés, provoquent, dans le public alarmé et la presse complaisante, une campagne interminable en leur faveur, par l'activité mythopathique qu'ils déploient en allégations fausses, en réclamations illégitimes relatives à leurs origines, leurs titres et leurs droits ; en accusations mensongères contre autrui, etc.

La mythomanie vaniteuse fournit à la médecine légale le groupe si intéressant des *autoaccusateurs* dont j'ai étudié l'histoire, en 1902, dans mon Rapport au Congrès de Grenoble. L'autodénonciateur provoque, par son acte, une instruction qui dépasse souvent la phase policière, et aboutit au Cabinet du juge d'instruction. Le commissaire de po-

lice ou le magistrat instructeur, édifiés par les résultats de l'enquête, qui démontrent l'inanité des révélations, élargissent l'autoaccusateur ou le renvoient, aux fins d'examen mental, à l'Infirmerie spéciale du Dépôt ; et le médecin, après une courte observation du débile autoaccusateur, rend celui-ci à sa famille, avec un commentaire oral ou écrit destiné à éclairer les autorités administratives et l'entourage du menteur sur les tendances de ce dernier.

Les *auto-hétéro-accusateurs*, en dénonçant, dans leur roman criminel à double héros, la culpabilité d'un tiers, créent une situation médico-légale déjà plus compliquée et plus dangereuse. La matière de leurs révélations est toujours un crime complètement imaginaire et inexistant.

Les mythomanes vaniteux et malicieux, parmi lesquels se recrutent certains *mystificateurs*, peuvent encourir, en vertu des articles 222 et suivants du Code pénal, qui punissent l'outrage aux représentants de l'autorité administrative et judiciaire, une certaine responsabilité pénale ; le fait punissable ne gît pas, en pareil cas, dans la déclaration mensongère, mais bien dans l'intention outrageante de déverser le ridicule sur l'autorité. Cette responsabilité pénale serait, d'ailleurs, subordonnée à la question de responsabilité médico-légale de l'accusateur, appréciée dans une expertise.

Mais les situations médico-légales les plus graves sont créées par les mythomanes malins et résultent des *hétéro-accusations calomnieuses* et des *dénonciations criminelles mensongères* de ces malades. En présence d'accusations criminelles, émanées de certains sujets et dénonçant certains attentats, les magistrats devraient toujours « soupçonner le danger et donner la parole à l'expert » (Garnier). Le transfert du domaine judiciaire dans le domaine médical de ces affaires aurait évité bien des erreurs judiciaires ; longue est la liste de ces erreurs, depuis l'affaire de La Roncière jusqu'à celle d'Eugénie Laroche, rapportée au Congrès de Marseille par Vallon, et dans laquelle furent condamnés aux travaux forcés à perpétuité Jamet et Léger,

accusés de viol par une enfant de treize ans, et reconnus innocents après un long séjour au bagne.

L'expertise médico-légale s'impose, dans ces affaires d'accusations, comme un indispensable moyen d'information, destiné, en dehors des résultats de l'enquête judiciaire, à mettre en évidence, par la formule même de l'accusation et l'étude du sujet accusateur, le fondement pathologique et l'inanité du roman criminel.

L'étude de l'expert éclaire singulièrement en de tels cas le dossier de l'instruction, et peut suffire souvent à apporter aux magistrats la solution médico-légale du problème judiciaire. La question de la responsabilité pénale et civile encourue par les accusateurs, du fait de leurs dénonciations fausses ou mensongères, mérite d'être discutée dans chaque cas particulier.

Les mythomanes pervers, qui mettent au service de leurs vices et de leurs appétits, leurs aptitudes au mensonge et leur talent de fabulation, créent des situations sociales et judiciaires dont on peut, par les débats de l'affaire Humbert, mesurer l'ampleur et la complexité. L'aliéniste qui, dans de semblables occasions judiciaires, essaierait de démontrer la nature pathologique du processus, étudié dans ses origines et son évolution, et tenterait de ramener les débats judiciaires à l'histoire médico-légale d'un cas de fabulation fantastique, encourrait l'accusation de paradoxe, et se heurterait à l'incrédulité générale. Et cependant l'aliéniste qui tracerait devant le Tribunal et le jury cette étude de psychopathologie individuelle serait dans la vérité psychiâtrique et médico-légale.

Mais les temps ne sont pas mûrs pour de telles démonstrations, et l'opinion publique se refuse encore à considérer comme malades des sujets capables de mettre au service de leurs perversions de telles ressources intellectuelles. Chaque âge a, toutes proportions gardées, ses procès de sorcellerie ; mais nous pouvons, au nom des progrès déjà accomplis, prévoir, dans la justice de l'avenir, une intervention de plus en plus large et de plus en plus féconde de la psychiâtrie médico-légale.

Un temps viendra, où la justice, éclairée par la médecine, cessera de voir des coupables à châtier, dans des sujets qui, comme les mythomanes que nous venons d'étudier, ne sont que des malades à isoler, ou des infirmes qu'il faut soustraire, par un internement définitif, à la société dont ils compromettent l'ordre et la sécurité.

L'heure de ces temps nouveaux sonnera, lorsque la médecine, arrivant enfin à imposer les résultats de son observation au législateur substituera dans l'esprit de la loi, aux principes surannés des vieilles philosophies, les conclusions positives de la psychiâtrie moderne.

CHAPITRE II

MYTHOMANIE INFANTILE

MYTHOMANIE INFANTILE

Un cas de fugue suivie de fabulation

Pour illustrer, par un exemple démonstratif et vivant, l'histoire de la mythomanie, il suffit de citer ici l'observation, d'un si haut intérêt médico-légal, que le Professeur Dupré avait intitulée : Mythomanie Infantile : Un cas de fugue suivie de fabulation. (1)

Observation. — Le 3 mars 1909, la petite Cécile X..., âgée de douze ans, sortait de l'école à quatre heures du soir et ne rentrait pas au domicile de ses parents, 111, rue de Charonne. Après avoir vainement cherché son enfant dans les environs, sa mère, inquiète, alla faire sa déposition et donner le signalement de sa fille chez le commissaire de police du quartier.

Ayant appris, à l'école, qu'on avait mis sa fillette au pain sec à midi, elle confia au commissaire que c'était probablement par peur d'être grondée le soir à sa rentrée, que celle-ci avait décidé de ne pas revenir. Des recherches furent immédiatement commencées par le service de la sûreté, et M. H... annonçait au préfet de police le lendemain, 5 mars, que l'enfant avait réintégré le domicile paternel.

En effet, le 5 mars, à minuit et demi, un agent de police venait avertir le père de l'enfant que sa fille, enfin retrouvée, était à sa disposition au poste de police de Saint-Mandé.

Au poste même, la fillette raconta à son père une histoire, qu'elle répéta ensuite au commissaire de police du quartier de ses parents.

Voici la déposition textuelle de l'enfant :

« Le 3 mars courant, vers quatre heures et demie du soir, à l'angle des rues Saint-Maur et d'Angoulême, je regardais une affiche.

« Derrière moi, stationnait une voiture close de tous côtés, à quatre roues, avec porte à deux battants, occupant tout le derrière; caisson peint en deux nuances, noir en bas et jaune

(1) *Encéphale*, 1909.

en haut, et portant sur les côtés les mots « sacs-papiers en gros ».

« A cette voiture était attelé un cheval de poil roux.

« Soudain, un individu, paraissant âgé d'une trentaine d'années, portant moustaches et petite barbe en pointe brunes, coiffé d'une calotte de fourrure et vêtu d'un veston de velours jaune et d'un pantalon de drap bleu, saisit ma gibecière d'écolière que j'avais sous le bras et la jeta dans la voiture.

« Puis il s'éloigna sur un des côtés de la voiture. Je m'approchai alors de celle-ci et essayai d'atteindre, en allongeant le bras, ma gibecière qu'il y avait jetée; mais, au même moment, l'individu revint subitement, me poussa en arrière, me faisant ainsi tomber dans la voiture et ferma vivement les deux battants de la porte, en me disant : « Si tu cries, je te donne un coup de couteau ! »

« En prononçant ces mots, l'inconnu me montrait, en effet, un couteau qu'il tenait dans la main droite.

« Je me trouvai donc enfermée en pleine obscurité dans la voiture.

« Celle-ci se mit aussitôt en marche à grande allure, autant que je pus en juger par son roulement rapide.

« Mes yeux s'habituant un peu à l'obscurité, et grâce à un filet de jour qui filtrait au bas de la porte, je distinguai trois paquets assez volumineux, qui contenaient du papier d'emballage et deux pelotes de ficelle rouge, mais il me fut impossible de me rendre compte d'aucune inscription.

« Il y avait bien une heure que la voiture roulait, quand elle s'arrêta. La porte de devant s'ouvrit, et l'homme qui m'avait enlevée apparut. Il me saisit, me jeta à terre et me dit : « Tu demanderas ton chemin aux fous de Charenton, quant à moi, je ne te ramènerai pas !... »

« Je tombai à terre sur les genoux et les mains ; quand je me relevai, l'homme et la voiture avaient disparu. J'étais au milieu du bois de Vincennes, près du lac.

« Jusqu'à onze heures du soir, j'errai dans le bois, ne pouvant retrouver ma route.

« Enfin, un homme me rencontra. Il était assez correctement vêtu. Il me demanda ce que je faisais à cette heure dans le bois. Je lui contai mon aventure.

« Il me dit qu'il revenait d'une réunion, qu'il n'avait pas assez d'argent sur lui pour me reconduire de suite chez mes parents, mais que, si je voulais venir passer la nuit chez lui, il me remettrait le lendemain matin sur ma route.

« J'acceptai sa proposition et il me conduisit chez lui, dans Charenton. Je ne pourrais indiquer l'adresse exacte; je puis dire que c'est une rue adjacente à la rue de Paris.

« A notre arrivée, ce fut sa femme qui nous reçut.

« Il lui raconta qu'il m'avait trouvée perdue dans le bois. Sa femme me prépara un lit, me fit dîner, boire du vin chaud, et je pus bientôt prendre du repos

« Le lendemain matin, sa femme me fit ma toilette et me confia à son mari, qui se rendait à son travail.

« Il pouvait être sept heures du matin.

« Nous traversâmes à nouveau le bois de Vincennes, et, à un certain point, l'homme me laissa seule, en m'indiquant une avenue.

« Tu n'as qu'à suivre tout droit », me conseilla-t-il.

« Je fus bientôt avenue Daumesnil. Là, je m'adressai à un passant en lui demandant ma route pour me rendre rue de Charonne

« Il comprit sans doute que je demandais à me rendre à Charonne, et m'indiqua le chemin pour me rendre dans cette localité ; cela me parut un peu bizarre qu'il me faille rebrousser chemin; mais je crus que mon hôte de la nuit s'était peut-être trompé et je rentrai à nouveau dans le bois.

« Je m'y perdis une seconde fois, et, à onze heures du soir, j'errais encore, seule, dans les allées.

« Je gagnai enfin Saint-Mandé ; dans cette ville, rue des Carrières, un homme me croisa ; je lui demandai de me conduire auprès du commissaire de police en lui contant mon histoire.

« Il me conduisit au poste de police de Saint-Mandé, où mes parents m'ont retrouvée.

« Cette dernière personne est un M. L..., mécanicien, demeurant à Saint-Mandé.

« J'ajoute que cet individu qui m'a enlevée dans sa voiture ne m'a nullement touchée.

« J'ajoute que cet individu porte une excroissance de chair sur le côté droit du front, excroissance grosse comme une noix.

« Quant à ma gibecière, elle a été trouvée rue Malte-Brun, sous une porte cochère. Mes parents en ont été informés par le commissaire du Père-Lachaise, où elle avait été déposée.

« J'ai été très bien traitée chez les personnes qui m'ont hospitalisée toute la nuit et n'ai nullement à me plaindre d'elles. »

Or, il résulte des diverses dépositions recueillies au cours de son enquête par le commissaire de police, que les déclarations de l'enfant sont toutes mensongères.

En effet, un coiffeur de trente-huit ans, domicilié à Saint-Mandé, a fait au commissaire le récit suivant :

« Mercredi dernier, 3 courant, vers minuit quinze, j'ai rencontré au coin de la rue Saint-Mandé et de l'avenue de Gravelle, une petite fille paraissant âgée de dix ans environ, qui se tenait seule sur le trottoir.

« Je lui demandai ce qu'elle faisait là; elle se mit à pleurer et me raconta qu'elle n'avait plus son père; que sa mère était malade depuis trois mois; qu'un de ses oncles, habitant rue Saint-Maur, l'avait conduite à une réunion publique qui se tenait au Casino; mais qu'au moment d'entrer il lui avait dit d'attendre à une terrasse d'un café voisin; qu'elle l'avait attendu, mais qu'à la fin de la réunion son oncle n'était pas revenu la chercher.

« Je lui offris de venir passer la nuit chez moi, lui promettant de la reconduire le lendemain.

« A mon arrivée chez moi, à Saint-Mandé, je remis cette enfant entre les mains de ma femme en lui racontant l'aventure.

« J'ajoute ici que, quand j'ai rencontré cette fillette elle avait entre les mains deux oranges contenues dans un petit sac de toile blanche; ma femme installa un lit dans la salle à manger et l'enfant se reposa toute la nuit.

« Hier matin, à six heures et demie, ma femme la fit lever, l'aida à s'habiller, lui donna un peu de café noir et je l'emmenai avec moi pour la reconduire à Paris, rue de Charonne. Arrivés dans cette rue, vers huit heures et demie du matin, je lui demandai de m'indiquer dans quelle maison elle demeurait, car elle m'avait dit ne plus se souvenir du numéro.

« Elle me rtpondit alors, contre toute vraisemblance, qu'elle ne pouvait m'indiquer cette maison.

« Supposant qu'elle craignait de rentrer dans sa famille, je la pressai de questions; mais ne pouvant rien en tirer, je résolus de la confier à un gardien de la paix.

« Nous redescendîmes jusqu'à l'angle de la place de la République. Là, se trouve un kiosque-vigie, dans lequel était un agent. Je m'approchai de ce dernier, mais la petite en profita pour s'échapper à toutes jambes.

« Il me fut impossible de la rejoindre, car j'étais chargé d'une volumineuse boîte d'échantillons. »

Le gardien de la paix, de service au kiosque-vigie, M. N..., a, par son témoignage, confirmé les déclarations du coiffeur.

L'enfant a toujours affirmé n'avoir subi aucune violence; et cette déclaration a été vérifiée par un examen médical.

Mise en présence des témoins, la petite Cécile a persisté dans ses dires.

Antécédents héréditaires. Père, buveur. Mère, rien à signaler. Grand-mère maternelle, alcoolique, morte, à cinquante-quatre ans, d'une tumeur abdominale. Grand-père maternel, alcoolique chronique. Les grands oncles maternels, également buveurs, l'un d'eux est hémiplégique depuis vingt-quatre ans. Un cousin, atteint de convulsions dans l'enfance. Deux frères, de huit et douze ans, bien portants : l'aîné, très gourmand, vole parfois sa mère pour satisfaire son penchant.

Antécédents personnels. Née à terme, après grossesse normale. Nourrie au sein. Sevrée à huit mois. Dentition normale. A marché de bonne heure.

Aucune maladie dans l'enfance, pas même la rougeole. Elle n'a jamais uriné au lit, n'a pas eu de convulsions.

L'intelligence, qui parut plutôt précoce à l'entourage, se développa normalement.

Mise à l'école à quatre ans et demi, l'enfant apprit facilement et remporta des prix de calcul et d'orthographe. Elle est deuxième de sa classe.

Dès le début, des troubles du caractère se sont manifestés. Déjà colèreuse et têtue dans la première enfance, Cécile s'est toujours montrée très irritable et la maîtresse d'école dit qu'elle est volontaire, difficile à mener, très désobéissante, ne faisant que ce qui lui plaît.

Dans ses rapports avec sa famille, elle se montre impérieuse et arrogante à l'égard de ses frères, qui lui cèdent presque toujours. Parfois, cependant, il y a des batailles, car elle veut sans cesse avoir raison et être obéie. Elle se montre souvent méchante avec eux, « prend tout ce qu'ils disent à mal, et fait des rapports mensongers sur eux ». Elle domine entièrement son jeune frère, qu'elle habille, qu'elle déguise, etc...

A sa mère, qui l'aime beaucoup, Cécile témoigne bien moins d'affection que ses frères. Parfois caressante à l'excès, mais le plus souvent très renfermée, réticente, elle est capricieuse, sujette à de longues bouderies et demeure parfois des journées entières silencieuse et indifférente.

Devant son père, dont elle redoute la sévérité, elle se montre craintive et sournoise.

Très coquette, aimant à se regarder dans les glaces, elle est cependant sale et néglige de se laver les mains. Son jeu préféré est la poupée, « parce qu'on y fait des robes ».

Très égoïste, elle ne pense qu'à elle et cherche à attirer l'attention sur sa personne.

Imaginative, curieuse, sans scrupule ni délicatesse, elle est, nous dit sa mère, très menteuse. « Elle avait toujours une histoire à raconter et n'était jamais en peine de trouver une excuse... *On dirait que ses mensonges elle les croit à force de les dire.* »

Examen de l'enfant. Cécile est une fillette de onze ans, d'un développement physique normal, dont les apparences sont celles de la santé. Pas de stigmates somatiques de dégénérescence, sauf du côté des yeux.

Pupille droite oblique ovalaire, régulière, décentrée en bas et en dedans.

Pupille gauche, oblique ovalaire, très irrégulière, décentrée en bas, où elle atteint le bord inférieur de l'iris. Réactions normales à la lumière et à l'accommodation.

Acuité visuelle meilleure à droite qu'à gauche.

L'intelligence de l'enfant semble bien développée. La mémoire est bonne ; et l'enfant, assez observatrice, conserve surtout la mémoire visuelle, la mémoire des lieux. L'attention, très éveillée au début de l'entretien, se fatigue vite, et on peut la surprendre facilement en défaut, au bout d'un quart d'heure de conversation. Ses jugements sont ceux d'une enfant de son âge, sans aucune expérience de la vie.

Elle semble présenter des lacunes et quelques perversions du sens moral. Elle n'est nullement émue à l'idée de l'acte qu'elle a commis et de ses conséquences. Elle n'a pas hésité à accepter de coucher chez le monsieur de Charenton, ni à le

quitter le lendemain matin. Très réservée et très réticente au début de l'interrogatoire, elle s'est assez vite familiarisée avec nous et s'est montrée ensuite plus confiante et plus expansive. Eminemment suggestible, elle subit l'influence de toutes les questions et du ton affirmatif, négatif ou indifférent, sur lequel on les pose.

Loin de témoigner, à propos de son escapade, aucun remords, elle se montre, au contraire, contente qu'on s'intéresse à elle; lors du second examen, elle a manifesté sa joie de revenir à l'Infirmerie. Si, après sa fugue, elle a refusé d'aller à l'école, c'est parce qu'elle craignait les railleries de ses petites camarades. Mais aujourd'hui, elle y retournerait volontiers, car elle s'ennuie de ne pas revoir ses anciennes amies et d'être une nouvelle parmi les autres.

Actuellement, elle reconnaît qu'elle a imaginé une fable pour éviter d'être grondée; et voici comment elle raconte elle-même sa fugue. Très ennuyée d'avoir été grondée, furieuse d'avoir été mise au pain sec, et craignant d'être encore réprimandée le soir, elle est partie, après la classe, sans bien réfléchir, mais nettement décidée à ne pas rentrer; elle s'en est allée ainsi tout droit devant elle, sans but, sans direction, et sans préoccupation du lendemain.

Par la rue de Charonne, le faubourg Saint-Antoine, la place de la Bastille, puis une avenue et des boulevards dont elle ne sait pas le nom, elle arriva au bord de la Seine sans avoir pénétré dans le bois de Vincennes et traversa Charenton. Le soir, se sentant fatiguée, elle s'assit sur un trottoir pour se reposer.

C'est là que le coiffeur l'a rencontrée. Il lui a dit qu'il sortait d'une réunion politique, qu'il n'avait pas sur lui l'argent nécessaire pour la reconduire chez elle et l'a emmenée. C'est le coiffeur qui lui aurait parlé de la réunion publique, ce qui est en contradiction avec la déposition du témoin.

Comme ils traversaient ensemble, le lendemain matin, le bois de Vincennes, elle avait bien envie de se sauver, car elle ne voulait pas rentrer chez elle, de crainte d'être grondée. Aussi, profitant du moment où le coiffeur causait avec le sergent de ville, elle s'est enfuie à toutes jambes. Comme elle connaissait le chemin de Saint-Mandé, elle a refait en sens inverse le même trajet. Le soir, n'ayant pas mangé, elle s'est adressée à un passant auquel elle raconta son histoire, et demanda d'être reconduite chez elle.

Il faut remarquer ici qu'à aucun moment de son équipée Cécile n'a éprouvé le sentiment de la peur. C'est seulement sous l'influence du besoin, et particulièrement de la faim, qu'elle s'est décidée à revenir chez ses parents.

Les souvenirs de l'enfant sur son escapade sont assez confus : la mémoire semble, sur beaucoup de points, lui faire défaut. Cette impression est accrue encore par les réticences et les mensonges. C'est ainsi que nous n'avons pu savoir comment

l'enfant s'était procuré les deux oranges qu'elle portait : elle nous a fourni au moins trois explications; puis, trois fois convaincue de mensonge, elle est devenue muette.

Les parents nous ont donné des détails intéressants sur l'attitude et les réactions de leur fille avant et après la fugue.

Depuis l'affaire Soleilland, on avait l'habitude, dans sa famille, de lui faire des récits terrifiants sur les satyres, qui enlèvent les petites filles. On lui avait prodigué, à ce sujet, les recommandations : « Si un monsieur veut t'emmener, ne le suis pas. Sauve-toi, cours vite, dis-le à quelqu'un, etc. » La petite Cécile posait souvent des questions à son entourage sur le satyre : « Qu'est-ce qu'il me ferait, le monsieur ? — Il t'offrirait des bonbons, il te conduirait peut-être aussi à la fête, devant les baraques; et, ensuite, il t'emmènerait chez lui et te couperait en morceaux ».

Quand elle se conduisait mal, on la menaçait : « Tu vas rencontrer Soleilland ! Nous allons appeler Soleilland !, etc... » Le satyre était un moyen de répression terrifiant employé de préférence par la famille, qui croyait ainsi mettre l'enfant sur ses gardes.

Mais Cécile, plutôt intriguée par l'histoire du croquemitaine, n'était nullement terrifiée par l'idée de cette rencontre; et l'événement a bien prouvé son absence de méfiance vis-à-vis des inconnus qui l'abordaient et lui proposaient de l'emmener chez eux.

La veille du jour de la fugue, l'enfant n'avait pas rapporté son carnet de notes à la maison. Pour ce motif, elle avait été grondée et mise au pain sec à l'école toute la journée. Elle ne laissa rien paraître de son dépit, mangea de bon appétit son pain sec, et à quatre heures, elle reconduisit ses petites camarades, ainsi qu'elle le faisait habituellement.

Elle rentrait toujours très régulièrement chez elle vers quatre heures et demie, et n'avait jamais fait, jusqu'alors, l'école buissonnière. Ce soir-là, elle ne rentra pas.

Les parents n'ont eu de ses nouvelles que dans la nuit du 4 au 5 mars. Ils étaient tellement anxieux, qu'à son retour, l'enfant fut choyée et dorlotée. Elle a bien mangé et bien dormi.

Les jours suivants, honteuse de son aventure, Cécile n'a pas voulu retourner à l'école communale; et on fut obligé de la mettre chez les sœurs.

Lors de son retour à la maison, l'enfant a d'abord raconté sa fable à tout le monde, sans y rien changer, même en présence des dépositions contradictoires des témoins et des objections de chacun.

Plus tard, à un moment qu'il est difficile de préciser, elle a raconté la chose, telle qu'elle s'est passée, à son père ; mais celui-ci, plein de méfiance et de colère, n'a tout d'abord pas voulu la croire et, bien que l'enfant affirmât n'avoir subi aucun attentat, il exigeait d'elle l'aveu de violences imaginaires, et la fit examiner par un médecin

La mère, en présence de ces contradictions, se demande, en dehors des faits établis par l'enquête, comment se sont exactement déroulés les événements. Et, en effet, il est devenu désormais impossible de faire reconstituer l'emploi de son temps par la fillette, dont la mémoire et la sincérité seraient impuissants à dégager la vérité de l'erreur, les faits réellement vécus des éléments imaginés, suggérés ou dénaturés par la fabulation.

Cette observation nous offre un exemple de fabulation chez une fillette de onze ans, hérédo-alcoolique, déséquilibrée, suggestible et imaginative, connue déjà dans sa famille et à l'école pour ses tendances à la dissimulation et au mensonge. L'enfant, punie à l'école et redoutant les reproches de ses parents à son retour à la maison, ne rentre pas au domicile paternel, fait une fugue de deux jours, et, pour expliquer son absence, imagine ensuite une fable compliquée d'enlèvement en voiture par un individu qui la menace de mort et qui l'abandonne en pleine nuit dans un bois. Ce roman est débité sur le ton de la plus grande assurance, à plusieurs reprises ; à un premier témoin rencontré sur sa route, au commissaire de police, aux parents, etc., etc. L'histoire ne comportait heureusement aucune accusation d'attentat ou de viol. Puis, l'enfant revient sur ses premières déclarations, raconte à peu près la vérité à son père, qui n'en veut rien croire, la presse de questions sur la possibilité d'attentat à la pudeur, et, malgré les dénégations de la fillette, la fait examiner par un médecin qui constate l'intégrité des organes sexuels.

On retrouve dans cette observation, comme dans tous le cas analogues, les différents facteurs pathogéniques du roman mythomaniaque : les *éléments de l'observation personnelle antérieure* de l'enfant, qu'elle incorpore au récit mensonger, les *effets de la suggestion étrangère* et enfin les *improvisations de l'imagination créatrice*. Les matériaux de cette construction, lorsqu'ils sont empruntés à la réalité objective, sont transposés dans un autre cadre ; lorsqu'ils émanent de la suggestion étrangère, ils sont imposés à l'esprit de l'enfant par l'entourage ; enfin, lorsqu'ils sont

d'origine imaginative, ils sont supposés par l'activité inventive du sujet.

La fable s'édifie ainsi d'emblée dans l'esprit de l'enfant, en un système à la fois assez cohérent et assez précis pour être vraisemblable, mais, par certains points, assez fantastique pour provoquer l'étonnement et la défiance des auditeurs.

Les éléments du récit, empruntés à l'expérience antérieure de l'enfant, ont pu être précisés, grâce à l'interrogatoire des parents. La voiture qu'elle décrit est conçue à l'image des voitures de papetiers qu'elle voit souvent dans le quartier. De même, elle a fréquemment l'occasion de rencontrer, dans sa rue, un cocher répondant au signalement qu'elle a donné de son ravisseur. Enfin, c'est un de ses oncles qui porte une verrue au front.

La part de la suggestion étrangère, dans la genèse du récit, est représentée par l'intervention des parents et du commissaire de police. La famille, dans une véritable collaboration mythopathique, a fourni à l'enfant le thème principal de son roman. Ce sont les parents qui, depuis longtemps, avaient parlé à Cécile de l'enlèvement des fillettes par Soleilland, du rapt par des satyres qui promettent aux enfants des plaisirs et des promenades, et qui, ensuite, les égorgent et les font disparaître.

Ce sont eux qui ont encouragé et confirmé l'enfant dans ses dires par leur crédulité, par leur foi naïve en un conte fantastique, qu'ils avaient eux-mêmes, en grande partie, imaginé, et que l'enfant répétait, en l'enrichissant des éléments de son invention personnelle. Ce sont eux, enfin, qui, par leurs questions tendancieuses, et malgré les dénégations de la fillette, se sont efforcés, heureusement en vain, de la diriger dans la voie dangereuse d'une accusation d'attentat ou de viol.

L'interrogatoire du magistrat a certainement contribué, au poste de police, à consolider et à fixer, dans le détail de sa forme et de son débit, le roman imaginé par l'enfant.

Les éléments de *l'expérience antérieure*, d'origine *mnésique*, les éléments de *l'invention créatrice*, d'origine *ima-*

ginative, enfin les éléments de la *fabulation familiale*, d'origine *suggestive*, se sont, en une synthèse indissoluble, intimement unis dans l'esprit de la petite mythomane. Celle-ci, au moment des aveux, s'est montrée confuse, partiellement amnésique, incapable de discerner le réel du fictif, la vérité du mensonge ; incapable, par conséquent, de reconstituer en un témoignage valable, la suite des événements.

C'est précisément cette insuffisance de la perception même de la vérité, cette impuissance à saisir, à retenir et à rapporter fidèlement les faits objectifs, qui est à la base de la mythomanie physiologique de l'enfance.

Cette observation entre dans la catégorie des faits de mythomanie simple, qu'on rencontre couramment chez les enfants et les débiles, désireux de dissimuler une faute et d'échapper aux réprimandes et aux punitions. C'est une réaction de défense, dans laquelle n'interviennent pas, ou n'interviennent qu'à titre accessoire, les mobiles ordinaires de la mythomanie, c'est-à-dire la vanité, la malignité, la perversité et la cupidité. Cette réaction mythomaniaque, inspirée seulement par la crainte et la peur, peut-être distinguée, sous le nom de *mythomanie défensive*, des autres variétés : vaniteuse, maligne, perverse, de la *mythomanie agressive*. Elle se rapproche, à beaucoup d'égards, de la mythomanie passive, due à la suggestion étrangère, et dans laquelle n'entrent qu'au minimum les éléments spontanés de l'invention personnelle. C'est une forme de mythomanie active, mais simple, sans perversions instinctives, dictée seulement par la crainte des conséquences d'une faute. A. Daudet, dans ses *Lettres de mon moulin*, a pris pour sujet d'un de ses contes, intitulé : « Le Pape est mort », un épisode analogue à notre observation et qu'on peut considérer comme un type de mythomanie simple, dictée à une écolier en faute par la peur de la réprimande et le souci de sa défense personnelle.

CHAPITRE III

LE PUÉRILISME

Le Pr. Dupré a le premier décrit un curieux syndrome imaginatif, qu'il a isolé sous le nom de « puérilisme ». *Le malade, par une sorte de jeu systématique de l'esprit,* « *fait l'enfant* », *adopte le rôle d'un enfant et conforme ses sentiments, ses attitudes, ses actes et ses propos à ceux du personnage qu'il représente (il dit dodo, dada, lolo, etc.; il joue à la poupée, suce ses doigts, trépigne ou bat des mains comme un enfant, etc.) Ce puérilisme est, comme on le verra, bien différent du simple retour à l'enfance, de la* puérilité *acquise de certains déments, redevenus aussi faibles d'esprit qu'un enfant. Il s'agit de tout autre chose, dans le puérilisme, que d'un abaissement du niveau intellectuel ; il consiste en une véritable* mise en scène, *qui peut ou non s'accompagner de déficit démentiel. On l'observe, en effet, non seulement chez les déments, en particulier les déments séniles, mais encore chez les confus et chez les maniaques. Nous citerons deux observations cliniques, publiées par le Pr. Dupré, et relatives à deux cas de puérilisme, l'un chez une démente sénile, l'autre chez une maniaque (car ce syndrome atteint de préférence, semble-t-il, le sexe féminin.)*

LE PUÉRILISME

I. *Puérilisme démentiel sénile*

. . . .
Ah ! comme les vieux airs qu'on chantait à douze ans
Frappent droit dans le cœur aux heures de souffrance,
. . . .
Comme ils savent rouvrir les fleurs des temps passés
Et nous ensevelir, eux qui nous ont bercés !

(A. de Musset, *Rolla*.)

J'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion d'étudier en détail un état psychopathique spécial, que j'ai proposé de dénommer *Puérilisme*, et qui, semblant indiquer une sorte de régression de la mentalité vers l'enfance, est caractérisé par une modification singulière des sentiments, des goûts, des tendances, des appétits, du langage, des gestes, etc., modification telle que le sujet semble transformé, pour un temps plus ou moins long, en un petit enfant. Cette altération de la personnalité, dont nous ignorons, d'ailleurs, complètement le mécanisme pathogénique, peut s'observer dans les états pathologiques les plus différents : affections organiques de l'encéphale, intoxications, hystérie (1).

Ce syndrome avait déjà été signalé par les anciens auteurs chez lesquels on retrouve notés des faits cliniques absolument semblables à ceux dont j'ai entrepris l'étude détaillée.

(1) Ernest Dupré. *Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles* (1903) *et de Pau* (1904). Observations de puérilisme mental, en collaboration avec P. Garnier, P. Camus, A. Devaux. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1901. *Revue neurologique*, 1903. *Presse médicale*, 1902.

Ces observations historiques (1) sont intéressantes à rapprocher des observations modernes, parce qu'on peut ainsi se convaincre de l'identité absolue des documents relatés avec autant de précision que de sincérité par les anciens auteurs, et des faits qui s'offrent aujourd'hui à l'étude des cliniciens. Par ce rapprochement s'affirme la permanence des faits et s'éclaire la continuité des lois de la psychologie normale et morbide.

Le témoignage des anciens auteurs et l'observation clinique s'accordent donc pour démontrer l'existence, parmi les innombrables formes des altérations de la Personnalité, d'un syndrome spécial, qui mérite d'être individualisé en lui-même sous le terme de *puérilisme*, et d'être étudié dans son évolution, ses variétés et ses rapports avec les affections au cours desquelles il apparaît. Un de mes élèves, M. Soullard, vient de tenter ce travail dans une thèse qui résume l'état de la question (2).

La multiplicité et la disparité des causes occasionnelles du puérilisme sont telles qu'on ne peut guère saisir le lien commun qui rattache entre eux des moments étiologiques si différents.

L'observation des faits permet cependant de distinguer deux grandes catégories d'observations. Dans une première série de faits, le syndrome, ordinairement suscité par une cause aiguë ou subaiguë (choc moral, intoxication, surmenage, etc.) apparaît brusquement, dure peu et s'évanouit après une évolution passagère ; dans une seconde série d'observations, le syndrome se dessine en une évolution lente, progressive et plus ou moins durable, sans étiologie occasionnelle saisissable, dans le tableau clinique des démences organiques. Ces deux séries de cas permet-

(1) Histoire admirable et véritable des choses advenues à l'endroit de Jeanne Féry, religieuse professe du couvent des Sœurs noires de la ville de Mons (Hainaut), âgée de 25 ans, possédée du maling esprit et depuis délivrée (1584). Collection BOURNEVILLE, 1886, p. 25. CARRÉ DE MONTGERON, cité par CALMEIL (De la folie, 1845, t. II, p. 390). La vérité des miracles, 1737, t. II, p. 88. — Jules VOISIN, Un cas de grande hystérie chez l'homme, avec dédoublement de la personnalité. *Archives de neurologie*, 1885. PITRES. Des attaques de délire ecmnésique. *Leçons sur l'hystérie*, 1891.

(2) R. SOULLARD. Le puérilisme mental. Contribution à l'étude des altérations de la Personnalité. Thèse Paris, 1904.

tent de distinguer un puérilisme aigu et un puérilisme chronique.

A cette dernière classe correspondent les nombreux cas de puérilisme chronique qu'offre à l'observation des aliénistes, dans les asiles, la population des déments et surtout des démentes. J'ai déjà cité plusieurs observations de puérilisme démentiel, survenu au cours d'encéphalopathies organiques par abcès ou tumeurs. Je rapporte ici un cas, aussi résumé que possible, de puérilisme chronique, lié à la démence sénile.

Il s'agit d'une femme de quatre-vingts ans, démente sénile depuis plusieurs années, gâteuse depuis six mois, qui, après un ictus suivi d'hémiparésie gauche transitoire, présenta brusquement le syndrome le plus net du puérilisme mental. Elle se mit à affecter les manières, le ton et le langage d'une petite fille, demanda des poupées et se comporta, pendant plusieurs mois, comme une enfant.

Les progrès assez rapides de la démence diminuèrent de plus en plus, chez la malade, les manifestations de l'activité psychique ; si bien que s'effacèrent chez elle progressivement les traits du tableau clinique. Aujourd'hui, la malade, absolument démente, est incapable de répondre à aucune question, et joue automatiquement avec ce qui reste de ses poupées. Mais, pendant quelques semaines, dans la période qui suivit l'ictus, on vit cette octogénaire manifester les allures, les goûts et le langage d'une petite fillette, dont elle avait adopté également l'intonation et la mimique, et mériter ainsi par sa conduite et la nature de ses jeux, le nom de la *Vieille aux poupées*. Les vieilles aux poupées ne sont pas exceptionnelles dans les asiles d'aliénés et les hospices de vieillards, et, à l'occasion de ma communication au Congrès de Bruxelles, le Dr A. Marie insistait sur la fréquence et l'intérêt de cette modalité clinique de la démence sénile.

J'ai indiqué ailleurs (1) les différents aspects que confère au tableau clinique des démences en général, la combinai-

(1) E. Dupré. Psychopathies organiques, in Pathologie mentale de Ballet. Article Tumeurs cérébrales.

son, dans le processus démentiel, du puérilisme et des diverses modalités pathologiques du ton affectif, avec les états d'excitation et de dépression, ou avec cette altération particulière de l'humeur, désignée sous les termes de moria, de *Witzelsucht*, ou d'euphorie joviale.

Le diagnostic du puérilisme démentiel sénile s'impose par le caractère même des manifestations du syndrome. On dit communément des déments séniles qu'ils retournent à l'état d'enfance. Mais entre le *retour à l'enfance des vieillards* affaiblis et le *puérilisme sénile* n'existe qu'une analogie de mots. Le dément sénile ne ressemble, en effet, aucunement à l'enfant : il lui est seulement assimilable par bien des côtés de la vie pratique, et c'est cette assimilation que prétend seulement proclamer la langue populaire, en confondant dans le terme d'*enfance* la mentalité des deux âges extrêmes de la vie.

Le vieillard affaibli rappelle l'enfant par sa versatilité capricieuse de l'humeur, la futilité et l'illogisme de ses joies et de ses colères, les manifestations instinctives et cyniques de son égoïsme, la matérialité de ses appétits, etc. ; il le rappelle surtout parce que, comme lui, il est incapable de se diriger seul, de se conduire par lui-même ; de s'habiller, de se nourrir, sans le secours et l'assistance d'autrui ; la décadence progressive et globale des facultés psychiques réalise alors chez le vieillard un état d'infirmité sociale, assimilable à l'état de minorité physiologique de l'enfance. Chez les vieillards atteints de puérilisme démentiel, on retrouve, plus ou moins accusés, ces caractères propres au syndrome démence ; mais on observe, en outre et en dehors d'eux, les symptômes psychopathologiques propres au syndrome puérilisme, qui se résument dans une régression de la personnalité psychique à son stade infantile.

Le secret pathogénique d'une si curieuse altération de la personnalité nous échappe complètement. Un rapprochement s'impose cependant, à propos des modalités démentielles du puérilisme, entre celui-ci et la loi de l'involution sénile de la mémoire, formulée par Ribot. Lorsque l'on réfléchit au rôle primordial joué par la mémoire dans l'édi-

fication de la personnalité, on peut imaginer que le syndrome du puérilisme trouve des conditions particulièrement favorables à son apparition dans ce double fait qui domine la psychologie sénile : disparition des souvenirs récents et des dernières acquisitions de la vie, d'un côté, et, de l'autre, réapparition des souvenirs anciens et résurrection, singulièrement vivace et tyrannique, devant la conscience appauvrie, de la vie enfantine, dans toute la spontanéité ingénue et primitive de ses manifestations.

Le puérilisme mental nous apparaîtrait ainsi comme l'expression clinique du fonds primitif de la Personnalité, mis au jour par le bouleversement des couches supérieures de notre stratification psychique.

II. *Puérilisme mental chez une maniaque* *Rapports du Puérilisme avec le Délire d'imagination* (1).

Le puérilisme mental est un syndrome psychopathique spécial, caractérisé par une régression de la mentalité au stade de l'enfance. Ce syndrome s'exprime dans l'attitude, la mimique, le langage, les occupations du sujet, par une série concordante et systématique de manifestations liées à la nature puérile des sentiments, des goûts, des tendances et des appétits.

En une série de travaux, dont on trouvera la bibliographie dans une remarquable étude de René Charpentier et Paul Courbon (2) j'ai exposé l'histoire de ce syndrome, et insisté sur la diversité de son étiologie, l'intérêt et, pour ainsi dire, la spécificité de ses manifestations cliniques , et le distinguant nettement de l'infantilisme des dégénérés et du retour à l'enfance des déments séniles, j'ai proposé de l'individualiser, dans la sémiologie psychiâtrique, sous le nom de puérilisme.

Après une étude critique judicieuse et intéressante de toutes les observations jusqu'ici publiées de puérilisme mental, R. Charpentier et P. Gourbon rapportent l'étio-

(1) *Encéphale*, n° 7, juillet 1911. En collaboration avec M.-J. Tarrius.

(2) R. Charpentier et P. Courbon. Le puérilisme mental et les états de régression de la personnalité. (*L'Encéphale*, 10 octobre et 10 décembre 1909).

logie de ce syndrome à trois grandes causes : la débilité psychique, la confusion mentale, la démence.

Dans le premier cas, le puérilisme est constitutionnel et chronique ; dans le second, il est accidentel, onirique et transitoire ; dans le troisième cas, il est permanent et lié au progrès de l'affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence.

Ces auteurs rapportent à la confusion mentale, d'origine toxi-infectieuse, les cas de puérilisme mental rattachés jusqu'alors à l'hystérie, et invoquent, à l'appui de leur opinion, les éléments étiologiques et cliniques (infection, intoxication, troubles somatiques, hallucinations surtout visuelles, onirisme, égarement, etc.) qui conditionnent ou encadrent le puérilisme. Nous croyons intéressant de rapporter ici l'histoire d'une crise de puérilisme mental, présenté par une jeune fille de vingt-neuf ans, au cours de la période maniaque d'un accès à double forme. C'est la première observation de ce syndrome au cours de l'agitation maniaque.

Observation clinique. — Marthe B..., âgée de vingt-neuf ans, entre à la maison de santé d'Epinay, le 1er juillet 1909, avec le diagnostic, posé par un médecin de la ville, de dégénérescence mentale avec idées de persécution et interprétations délirantes.

Antécédents héréditaires. Père : fièvre typhoïde ancienne, alcoolisme, originalité de caractère (?).

Pas d'autres notions intéressantes.

Antécédents personnels. Coqueluche et rougeole dans l'enfance. Bien réglée depuis l'âge de quinze ans. Pleurésie droite à vingt-deux ans. Encoches d'Hutchinson sur les incisives médianes.

Etat actuel. La malade, instable, agitée, inquiète, loquace, émet des idées délirantes polymorphes, parmi lesquelles dominent les préoccupations hypocondriaques et les idées de culpabilité et de persécution. Son délire est surtout interprétatif : elle s'imagine que tout le monde lui tourne le dos, l'accuse d'avoir une conduite scandaleuse, d'être la maîtresse de son beau-frère; elle se croit surveillée par la police des mœurs, espionnée par tout le monde, etc. Elle se déclare gravement malade, tuberculeuse; l'examen physique dénote d'ailleurs l'existence de lésions tuberculeuses, au début du sommet droit et les reliquats d'une ancienne pleurésie à la base du même côté.

L'anxiété augmente de plus en plus et, le 25 juillet, après avoir écrit deux lettres dans lesquelles elle annonce sa décision d'échapper aux persécutions qu'elle endure, elle fait une ten-

tative de suicide (elle essaye de se percer le cœur avec une paire de ciseaux qu'elle a dérobée); elle se blesse très légèrement et guérit bientôt d'une petite plaie superficielle de la région précordiale.

Les jours suivants et dans le courant du mois d'août, l'excitation anxieuse se calme et la malade tombe dans un état de plus en plus marqué de dépression, d'inertie, de négligence et de mutisme. Elle refuse de se laisser ausculter; et, à la fin du mois d'août, on est obligé de la nourrir quelques jours à la sonde. L'état reste à peu près stationnaire pendant le mois de septembre.

Le 1er octobre, brusquement, du soir au lendemain, la malade change d'attitude. On la trouve joyeuse, souriante, expansive, disposée à parler, à chanter et à jouer. Progressivement l'excitation augmente, la malade chante continuellement, danse, monte sur les tables, s'empare des objets et les lance devant elle, cherche à taquiner les infirmiers et les autres malades ; à de certains moments, elle se couche par terre et reste allongée à la même place pendant des heures, le visage souriant, dans un état d'euphorie manifeste ; elle imite assez souvent les cris de certains animaux : elle miaule, aboie, etc.

La malade s'alimente bien, mais dort très peu. L'état reste stationnaire jusqu'au 15 mars, date à laquelle Marthe adopte, en quelques jours, au milieu de l'excitation maniaque plus haut décrite, une attitude, une allure et une langue nouvelles et tout à fait particulières. Pendant six semaines, jusqu'au commencement de mai, Marthe semble transformée en une fillette de six à sept ans. Son attitude, sa mimique, son langage, ses goûts, ses appétits, ses occupations, ou plutôt ses jeux, sont ceux d'une petite enfant. Joyeuse, remuante, toujours prête à rire ou à jouer, elle passe sa journée à s'amuser avec deux poupées ; l'une, qu'elle appelle Suzanne, dont elle ne veut pas se séparer, qu'elle habille et déshabille sans cesse, qu'elle assied, qu'elle dorlote, qu'elle gourmande et pour laquelle elle taille de petits vêtements; l'autre, un soldat en carton peint, qu'elle a nommé Aristide, et auquel elle semble moins attachée qu'à Suzanne. La nuit, elle couche avec ses poupées.

Lorsqu'on s'occupe d'elle, Marthe a des attitudes, des gestes et des caresses d'enfants, elle saisit et baise en riant la main des personnes qui l'entourent, embrasse la tête du médecin qui l'ausculte, s'amuse à tirer les boutons de vêtement, à délacer les cordons de souliers, à faire des remarques puériles sur la couleur des cravates et des chaussures, le détail des chaînes de montre et des épingles de cravate. Son débit est rapide, ses réparties quelquefois justes, souvent inattendues et drôles.

Le langage est celui d'une fillette par ses intonations, son zézayement, son style incorrect et son contenu enfantin : « Ze suis une tite fille qui l'a huit ans », répond-elle d'une voix zézayante quand on lui demande son âge. Elle tutoie tout le monde, demande en minaudant des friandises, du sucre d'orge, etc.

Son écriture et ses dessins correspondent exactement à son attitude et à son langage. Les lettres sont irrégulières, variables mal formées, entremêlées de caractères d'imprimerie. Elles sont informes, souvent indéchiffrables; l'orthographe est tantôt nulle ou fantaisiste, tantôt correcte. Elle écrit très souvent et sur tout ce qu'elle trouve : marge des journaux, cartons, etc.; elle a rempli ainsi huit cahiers de gribouillages, de dessins et de lettres adressées aux médecins, à l'interne, à la surveillante et aux autres pensionnaires, à ses parents, et souvent aussi à des personnages qu'elle ne connaît pas, mais dont elle a trouvé le nom dans un journal.

Voici quelques spécimens de ses pensées et de son style : « Depuis que vous l'êtes venu l'ôte jour, j'ai bien pensé déjà à vous et à vos cordons de souliers, ainsi qu'à vos petits n'oeilles bleuss. » « Je suis une gentille tite fille... je m'amuse avec Suzanne. Suzanne, elle est la poupée ».

Invitée à décrire sa ville natale, elle écrit dans l'un de ses cahiers : « C'est un bien joli pays, i a dedans une église avec un monsieur le curé, puis un l'abbé, puis Gerbô qui sonne les cloches; i a aussi dans l'église une chairrre à précherrr, j'ai déjà monter une fois dedans, i a aussi un petit l'orgue qui joue tout seul, quand on met ses doigts dessus. L'église, elle est plutôt romane. I a aussi une gendarmerie avec des gendarmes bien gentils..... I a aussi dans la ville des boutiques de toutess sortess; i en a tellement que je pourrai pas tous vous les dires par leur nom, i a des épiceries, des boulangeries avec un boulanger, des coiffeurs parfumeurs, i a aussi le Jeudi un grand marché, le plus grand du département entier..... »

Elle confectionne des petites missives, enveloppées dans du papier de soie et des ficelles de couleur; elle les orne de dessins très curieux dans leur intention symbolique et leur simplicité primitive.

Elle éprouve souvent le besoin d'écrire ses pensées, ses remarques du moment. Après avoir fait une tache d'encre sur ses draps, elle écrit autour de cette tache : « Attention, ici est une tache » .

Marthe dessine des personnages, des animaux, ses poupées, avec ou sans noms ou légendes, qu'on croirait tracés par la main d'un enfant de quatre à cinq ans.

Au milieu de cette période d'excitation et de puérilisme, Marthe est restée lucide et a toujours conservé la notion de la date, du lieu où elle se trouve et des personnes qui l'entourent. Elle a gardé très nettement la mémoire de son passé ancien et récent, ainsi que le prouvent sa conversation et ses écrits.

A partir du commencement de mai, l'excitation générale, psychique et motrice, demeurant la même, le puérilisme tend à diminuer; le zézayement s'efface, surtout par moments; le langage reste puéril dans son intonation et ses caractères; Marthe joue encore avec ses poupées, mais moins longtemps

de suite; lorsqu'on lui demande son âge, elle répond qu'elle a vingt-neuf ans.

Elle confectionne, à ce moment, de petits ouvrages de broderie et de tapisserie, comme peuvent en faire les fillettes de douze à quatorze ans; mais les sujets de ces broderies sont des dessins d'enfant de trois à quatre ans, des scènes naïves, comme en peut tracer la main d'écoliers, et accompagnées de légendes puériles. Marthe a ainsi brodé un petit sac de toile, avec du fil bleu et rouge, et a représenté, en traits primitifs, dépourvus de toute proportion et de toute perspective, des animaux, des portraits et des scènes d'intérieur.

Peu à peu, le puérilisme va s'effaçant et fait place à un érotisme qui se combine, à un certain moment, avec les derniers restes du puérilisme; c'est ainsi qu'elle a dessiné à l'encre, sur sa poupée, après l'avoir déshabillée, des seins, un nombril et, sur le pubis, un chat noir, au-dessus duquel elle a écrit : « Ceci est un chat noir ».

Son langage devient trivial et grossier. Son regard s'allume à la vue des hommes, elle fait des propositions aux médecins, qu'elle tutoie et embrasse. Elle se promène dans le jardin en chantant, en cueillant des fleurs, dont elle orne ses cheveux dénoués ou qu'elle offre aux visiteurs en leur envoyant des baisers.

Un peu plus tard, on note qu'elle entremêle son langage de mots incompréhensibles et qu'elle simule vaguement, dans son intonation générale, l'accent anglais; elle minaude en parlant, se promène en monologuant et semble tenir des conversations dont il est impossible de saisir le sens. On observe ainsi, pendant environ trois semaines, une curieuse altération du langage : celui-ci se transformait parfois en une espèce de jargon, composé de mots inconnus, généralement formés de deux à trois syllabes à consonance anglaise, émis avec une intonation et une mimique très variées. Les discours semblaient être nettement en rapport avec les sentiments et la pensée de la jeune fille. Elle parlait ainsi souvent toute seule, d'autres fois avec nous, et répondait, lorsqu'on lui demandait en quelle langue elle s'exprimait, qu'elle parlait anglais; en réalité elle ignore cette langue et son jargon ne contenait pas un mot d'anglais.

Dans le cours du mois de juin et du mois de juillet, le puérilisme s'atténue de plus en plus et ne se manifeste plus guère que par ses dessins, dont elle remplit ses cahiers : paysages primitifs, silhouettes d'Anglaises, d'Espagnols, de personnages inconnus, etc...

Lorsqu'on l'interroge avec autorité, Marthe renonce à ses minauderies, interrompt ses jeux et ses monologues, et répond avec pertinence et sur un ton normal aux questions qu'on lui adresse ; mais elle reprend vite son attitude et son activité désordonnées. Elle ne paraît ni confuse, ni démente.

Nous avons, au début de l'observation, signalé l'existence de lésions tuberculeuses au sommet et à la base du poumon droit. Ces lésions, quelques mois après l'entrée de la malade, s'ag-

gravèrent et s'étendirent surtout à la base, où l'examen physique, vers le mois de janvier, permettait de constater les signes d'une induration étendue à la moitié inférieure du poumon et d'un léger épanchement pleural, en regard des lésions pulmonaires. Une toux fréquente, surtout la nuit, une expectoration verdâtre, assez abondante, des sueurs nocturnes, de l'amaigrissement, confirmèrent la nature bacillaire de cette pleuro-pneumonie subaiguë. A part quelques élévations jusqu'à 38°5 ou 38°8, la courbe thermique évolua autour de 37°. Les lésions tuberculeuses évoluèrent ainsi, lentement, presque sans fièvre, avec un minimum de troubles fonctionnels et d'altération de l'état général, malgré les sueurs et l'expectoration.

Le cœur est normal, le pouls régulier.

La malade, dans ces derniers temps, a perdu plus de 3 kilos en deux mois.

Les pupilles sont excentriques et occupent la partie supéro-externe du globe oculaire : les bords sont irréguliers et elles réagissent lentement à la lumière et à l'accommodation.

Les réflexes tendineux sont vifs, les réflexes plantaires sont normaux.

L'examen des organes génitaux révèle l'intégrité d'un hymen semi-lunaire à concavité supérieure et tous les signes de la virginité.

Pendant le reste de l'été, en août et septembre, l'état des lésions pulmonaires reste à peu près stationnaire, et la malade, traitée par la suralimentation et l'aération continue, se maintient dans un état de santé générale très satisfaisant.

Les troubles psychiques s'atténuent lentement et l'excitation ne se traduit plus que par de l'instabilité, de la tendance à la graphorhée et à l'exécution hâtive de dessins, surtout de têtes de fumeurs, dont elle remplit les pages de ses cahiers.

En octobre, l'excitation s'atténue encore : la malade devient à peu près tranquille, ne se livre plus aux excès d'écriture et de dessins des mois précédents, tient des propos raisonnables, dort bien, et, malgré une diminution insignifiante de poids, reste, au point de vue des lésions thoraciques, dans une situation stationnaire .

Pendant le mois de novembre, l'état psychique s'améliore encore, l'excitation a fait place au calme, et la jeune fille est redevenue normale. Les lésions pulmonaires restent stéthoscopiquement les mêmes; malgré leur persistance, la santé générale est excellente et la malade sort à la fin de novembre.

Interrogée, pendant le mois de novembre, sur les troubles psychiques qu'elle a présentés, Marthe a conservé le souvenir des différentes étapes de son passé morbide et en juge avec exactitude et bon sens la nature pathologique. Questionnée sur les raisons de son attitude, de son langage et de ses manières, lors de sa crise de puérilisme, Marthe répond qu'elle n'en peut fournir aucune, qu'elle se rappelle bien les faits, mais qu'elle ne peut s'expliquer pourquoi elle agissait et parlait ainsi. Elle

s'étonne de cette curieuse disposition d'esprit et ne cherche d'ailleurs ni à l'analyser ni à l'interpréter.

La jeune fille, très améliorée au point de vue mental, quitte l'établissement en janvier.

Cette observation présente plusieurs points intéressants. Tout d'abord, l'apparition, et la persistance, pendant plus de trois mois, au cours de la période maniaque d'un accès à double forme, du puérilisme mental sous sa forme la plus typique, la mieux systématisée et la plus pittoresque. Ensuite, l'existence, durant un mois, des manifestations, dans le langage, de cette curieuse perversion du discours, qu'on a étudiée, sous le nom de *glossolalie* (1). Enfin, l'évolution si spéciale, si paradoxale dans le désaccord entre la gravité des lésions locales et la bénignité des symptômes fonctionnels et généraux, d'une tuberculose ulcéreuse, chronique, pleuro-pulmonaire.

Nous ne reviendrons pas sur l'étude clinique du puérilisme, dont les manifestations bien connues sont ici caractéristiques. L'intérêt du cas réside dans les rapports étiologiques et cliniques qui peuvent exister entre la manie et le puérilisme. Au point de vue clinique, nous avons observé non seulement l'association, mais souvent aussi la fusion des éléments de l'un et l'autre syndrome. On constatait non seulement le mélange, mais la combinaison des signes de l'excitation psychomotrice avec ceux de la régression de la mentalité au stade infantile ; et, si on faisait abstraction des attributs physiques de l'âge adulte présentés par une malade de trente ans, on avait sous les yeux le tableau de l'excitation maniaque chez une enfant.

Au point de vue étiologique, la coexistence de la manie et du puérilisme n'implique, entre les deux syndromes, aucun rapport de causalité. Mais, si l'on ne peut saisir aucune relation étiologique directe entre l'excitation maniaque et le puérilisme, il ne semble pas non plus que l'on puisse imputer l'apparition du puérilisme à la confusion mentale ; car la malade n'a jamais présenté, à aucun moment de son affection, de signes de confusion ; elle n'a eu

(1) E. Lombard. Essai d'une classification des glossolalies. *Archives de psychologie* (Genève), juillet 1907, l. VIII, n° 25).

ni hallucinations, ni onirisme, ni stupeur, ni obnubilation, ni égarement, ni désorientation. Elle a toujours conservé la notion du temps, du lieu et de la situation. Aux moments où l'on pouvait arrêter la suite des idées et le flux des paroles et fixer son attention, elle répondait, à la façon des hypomaniaques, avec rapidité et pertinence, aux questions posées ; seulement la réponse était faite sur un ton enfantin et avec une mimique et des manières de petite fille. Lorsqu'on lui demandait pourquoi elle se comportait ainsi et s'exprimait en enfant, puisqu'elle reconnaissait parfois avoir vingt-neuf ans et travailler comme modiste, elle éludait la réponse ou disait qu'elle ne savait pas.

Nous avons recherché bien des fois l'existence de la confusion mentale chez cette malade, atteinte de lésions pleuro-pulmonaires tuberculeuses en pleine évolution et parfois fébricitante, mais nous ne l'avons jamais constatée; et, d'ailleurs, en dépit de son infection pulmonaire, cette jeune fille ne présentait aucun des symptômes somatiques de fatigue, d'épuisement ou d'infection générale, qui déterminent, chez de tels malades, l'apparition du syndrome confusionnel.

Le puérilisme ne pouvant être ici rapporté ni à la confusion mentale, ni à la débilité mentale, ni à la démence, il convient d'en chercher l'étiologie dans les seuls éléments de la crise morbide traversée par le sujet, c'est-à-dire dans l'excitation maniaque. D'autre part, le puérilisme ayant déjà été observé au cours des états les plus différents (débilité mentale, démence, confusion, onirisme, hystérie), l'explication qu'on peut chercher à donner de l'apparition d'un tel syndrome doit pouvoir s'adapter à une étiologie aussi polymorphe. Le mécanisme pathogénique du puérilisme peut être évidemment réalisé dans les situations morbides les plus différentes par le concours de causes multiples.

Considéré en soi, le puérilisme constitue, par l'ensemble concordant de ses manifestations psychiques et expressives, un état mental doublé d'une attitude qui relève de l'imagination reproductrice. Il réalise une transformation de la personnalité, par reviviscence de la période infantile, effa-

cement relatif des périodes ultérieures et adaptation systématique plus ou moins parfaite de l'activité du sujet à sa situation et à son rôle d'enfant. Le malade, en effet, à la façon d'un acteur, joue bien son rôle, au cours duquel il improvise, par simulation et fabulation extemporanées, les attitudes, les gestes, les propos et toutes les réactions du personnage, dont la représentation s'impose à son activité. La situation mythique est réalisée par l'imagination reproductrice et créatrice, à l'aide des souvenirs de l'enfance, enrichis des improvisations spontanées, par lesquelles l'esprit complète la systématisation délirante. Le puérilisme apparaît donc comme un syndrome d'ordre imaginatif, qui peut apparaître chez les mythomanes constitutionnels, quand les troubles de l'équilibre psychique obscurcissent le sens des réalités, compromettent les éléments réducteurs de l'imagination, et exaltent, au contraire, l'activité subjective automatique de l'esprit. Ces conditions sont réalisées soit par le rêve, l'onirisme et la confusion mentale, soit par les états de suggestion et de monoïdéisme, soit par la démence avec troubles profonds de la mémoire et désagrégation de la personnalité, soit enfin par la débilité mentale, avec excitation épisodique ou continue de l'activité imaginative. Dans de telles conditions, le puérilisme mental peut, on le comprend, s'observer chez les malades les plus différents. Les seules conditions nécessaires de son apparition sont, d'abord, les tendances mythopathiques constitutionnelles du terrain ; d'autre part, la faiblesse ou l'affaiblissement, temporaire ou définitif, des éléments de contrôle et de correction de l'automatisme imaginatif ; certaines conditions favorisent particulièrement l'éclosion du syndrome : notamment les troubles de la conscience, par dislocation temporaire ou désagrégation progressive de la personnalité, et les altérations profondes de la mémoire. Ce sont ces conditions qui, chez les mythomanes constitutionnels, président aux fabulations, aux états seconds et aux délires d'imagination de certains débiles et déséquilibrés, et au syndrome dit presbyophrénique de certains déments. Dans les états d'excitation maniaque, on conçoit que la

simple exaltation de l'activité imaginative suffise à provoquer l'apparition du puérilisme, sans trouble concomitant de la mémoire, de l'orientation et de la conscience générale du sujet. Le puérilisme se manifestera dans ces conditions, sans confusion mentale, et traduira, au milieu des autres éléments du syndrome, l'atteinte prédominante de l'imagination par l'excitation maniaque. Cette conception du puérilisme, assimilé à un état morbide de l'imagination, à une espèce de délire imaginatif vécu par le malade, permet d'expliquer l'apparition de ce curieux syndrome dans les situations cliniques les plus variées. Dans tous les cas, sous la disparité des conditions étiologiques, se retrouve en réalité un ensemble de conditions pathogéniques communes, qui préside à l'éclosion de ce trouble imaginatif par régression de la personnalité.

Chez notre malade, l'apparition épisodique des phénomènes de glossolalie se relie également à un trouble du langage de nature imaginative. Il s'agit, en effet, de la création de toutes pièces, de l'improvisation extemporanée d'une langue imaginaire, vaguement analogue par l'accent à la langue anglaise, d'une langue qu'on ne pourrait mieux comparer qu'aux idiomes factices, adoptés parfois au milieu de leurs jeux par les enfants, lorsqu'ils s'amusent à imiter les étrangers, à « parler chinois » ou à « faire le sauvage ». L'interprétation de cette glossolalie épisodique est d'ailleurs confirmée par l'étude des manières théâtrales, des attitudes coquettes et de la mimique précieuse, que Marthe présentait à ce moment ; tout l'ensemble des réactions démontrait le jeu systématique d'un rôle, adopté non pas seulement dans l'excitation et le désordre de la manie, mais vécu par la malade sous l'influence d'un véritable délire imaginatif.

Les exemples ne sont pas rares, d'ailleurs, de ces états morbides de l'imagination, provoqués, chez les mythomanes constitutionnels, par l'excitation maniaque légère, dont le degré atténué permet au sujet d'organiser, avec quelque cohérence et quelque tenue, un délire romanesque de grandeur ou de persécution.

CHAPITRE IV

LES DÉLIRES D'IMAGINATION

(MYTHOMANIE DÉLIRANTE)



Dans une série d'articles, publiés avec son élève B.-J. Logre, et dans son enseignement polyclinique de Sainte-Anne, le Professeur Dupré a rapporté un assez grand nombre de délires, chroniques et systématisés, qu'il a dénommés : Délires d'imagination. Ces psychoses diffèrent, en effet, des délires hallucinatoires et interprétatifs par la nature imaginative du mécanisme qui préside à leur élaboration.

Pour apprécier, dans toute son étendue, l'importance de cette doctrine des délires d'imagination, il est indispensable de rappeler l'aspect clinique des délires chroniques les plus habituels et leur classification.

Définissons le délire : un ensemble, plus ou moins cohérent, d'erreurs pathologiques, aboutissant à des conceptions absurdes, déraisonnables, mais ne s'accompagnant pas, sauf complication, d'affaiblissement psychique véritable (intégrité de la mémoire — et du jugement, du moins en ce qui ne concerne pas le délire).

Parmi les délires, l'école psychiâtrique française a réservé le nom de délires systématisés chroniques à un certain nombre de psychoses bien définies qui présentent des traits généraux communs : coordination des idées délirantes, avec persistance de l'activité intellectuelle, et chronicité. Ces manifestations psychopathiques surviennent de préférence à l'âge de la maturité intellectuelle, vers la

(1) Avec la collaboration de son élève B.-J. Logre.

trentaine et la quarantaine ; elles sont, d'emblée, définitives et durent autant que l'existence même du malade.

Les auteurs distinguent généralement les états délirants chroniques en : hallucinatoires, interprétatifs, et imaginatifs. Ces trois types cliniques les mieux établis se caractérisent par la prédominance des éléments hallucinatoires, interprétatifs, ou imaginatifs, qui entrent dans la constitution du délire.

1° *Le délire* hallucinatoire *systématisé « dénommé psychose hallucinatoire chronique » par le Professeur Dupré, est, de tous ces délires, le plus anciennement connu, et le plus classique, sinon le plus pur. Il se spécifie essentiellement par l'existence de troubles sensoriels, par des « hallucinations », surtout auditives, qui servent de point de départ au délire.*

L'hallucination est une erreur totale des sens, une perception sans objet ; *cette définition permet d'opposer l'hallucination à l'illusion, erreur partielle, déformant et complétant simplement une perception vraie.*

L'halluciné, dans le délire hallucinatoire chronique, entend des « voix » *injurieuses : on l'insulte la nuit à travers les murs ; chose curieuse, et cependant d'observation courante, il* ne voit jamais, *ou presque jamais, les personnes qui l'interpellent : car, l'hallucination visuelle, qui est l'apanage des psychopathies infectieuses ou toxiques, ne se manifeste pour ainsi dire pas dans la psychose hallucinatoire chronique. A ces hallucinations auditives s'ajoutent fréquemment des hallucinations olfactives (mauvaises odeurs, gaz asphyxiants), des hallucinations gustatives (poisons introduits dans les aliments), des hallucinations de la sensibilité cutanée et du sens musculaire (picotements, brûlures, secousses dans les membres), enfin des hallucinations de la sensibilité interne (malaises, nausées, etc.) et des hallucinations génitales.*

Du point de vue évolutif, il nous faut signaler, dans ces délires hallucinatoires chroniques, la possibilité de la démence, c'est-à-dire de l'affaiblissement intellectuel, en général tardif, portant sur la mémoire et le jugement.

2° *MM. Sérieux et Capgras ont eu le grand mérite d'isoler le* délire d'interprétation, *qui se distingue de la psychose hallucinatoire chronique par la nature même de son mécanisme.*

Le mécanisme interprétatif consiste à fonder, sur des observations en elles-mêmes exactes, un jugement manifestement déraisonnable. Ici n'intervient aucun trouble de la perception : c'est, au contraire, sur des constatations habituellement justes, sur des observations minutieuses, dont le point de départ est une perception vraie, que s'édifie tout un système d'interprétations délirantes. Il aboutit à l'éclosion d'un délire coordonné, le plus souvent chronique d'emblée, mais compatible avec la conservation indéfinie de la lucidité du malade et de son activité psychique.

« L'interprétateur, disent MM. Sérieux et Capgras, adapte la réalité à ses tendances, à ses sentiments, à ses désirs ou à ses craintes. Chaque malade a, suivant sa tournure d'esprit, une façon originale d'expliquer les événements, de réglementer les coïncidences, de codifier le hasard, mais toujours il leur découvre une signification personnelle. »

Les délirants interprétatifs sont des raisonneurs, des dialecticiens, qui donnent au public l'impression d'un jugement lucide, actif et retors ; l'intégrité de leur intelligence persiste indéfiniment, et certains, tel J.-J. Rousseau, ont pu produire des œuvres de génie.

C'est, le plus souvent, de leur observation du monde extérieur (regards des voisins, gestes, voix chuchotées, etc.), qu'ils tirent des interprétations erronées ; ils peuvent aussi interpréter, de façon tendancieuse, leurs sensations internes, et certains expliquent leurs coliques ou leur maux d'estomac par le poison que leurs ennemis introduisent dans leurs aliments.

Selon ses dispositions personnelles, l'interprétateur concevra : soit un délire de persécution, soit un délire de grandeur ou de revendication. Le délire de persécution est la variété de beaucoup la plus fréquente.

3° *Le Professeur Dupré et son élève Logre ont montré*

qu'à côté des mécanismes hallucinatoire et interprétatif, l'activité imaginative peut intervenir, de façon exclusive ou prédominante, dans la formation d'un assez grand nombre de délires systématisés chroniques.

L'imaginatif n'a pas d'hallucination, il ne fait pas ou fait peu d'interprétations, et cependant il délire abondamment ; il raconte aux autres et se raconte à lui-même des romans auxquels il ajoute foi d'emblée. Il s'agit, le plus souvent, d'un délire de grandeur (romans de cape et d'épée, d'amour, d'invention, etc...), rarement d'un délire de persécution.

A l'inverse des interprétants de Sérieux et Capgras, les délirants imaginatifs de Dupré et Logre sont, en général, peu dangereux ; plus nuisibles par leurs paroles que par leurs actes, ils se livrent à des dénonciations calomnieuses ou à des dépenses inconsidérées plutôt qu'à des voies de fait et à des tentatives de meurtre.

Le délire d'imagination, comme le délire d'interprétation, évolue vers la chronicité sans démence.

LES DELIRES D'IMAGINATION

(MYTHOMANIE DELIRANTE)

Lors du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française, à Bruxelles-Liége (Août 1910), nous avons proposé de désigner, sous le nom de Délires d'Imagination, des délires intéressant, d'une manière élective, l'imagination reproductrice et surtout créatrice. On sait que cette activité créatrice résulte de l'association spontanée des images et des idées, aboutissant à des combinaisons nouvelles. Ces constructions imaginatives, plus ou moins conformes à la réalité, sont l'expression des produits subjectifs de l'esprit, des synthèses originales, dont l'orientation traduit les tendances personnelles du sujet et dont la complexité est proportionnelle à l'abondance et à la mobilité des matériaux psychiques. A vrai dire, on pourrait montrer que l'imagination prend une part effective à la formation de tous les délires, puisque tous renferment, par définition même, des éléments fictifs, qui représentent la création personnelle du sujet. Mais si l'on envisage le mode d'éclosion du délire, on reconnaît que, selon les cas, l'erreur

s'impose à l'esprit, soit à la suite de perceptions ou de raisonnements pathologiques, soit en vertu d'un processus intellectuel, de formule et d'expression exclusivement imaginatives. C'est cette différence de mécanisme du délire, qui autorise à décrire à part, à côté des délires hallucinatoires et interprétatifs, les *délires d'imagination*.

Une comparaison entre ces diverses variétés de délires fera mieux saisir ce qu'il convient d'entendre par délires d'imagination.

Dans les *délires hallucinatoires* proprement dits, soit aigus (délires toxiques, surtout alcooliques, bouffées délirantes) (1), soit chroniques (certains délires hallucinatoires classiques, les cas décrits sous le nom de psychose hallucinatoire, par Séglas et Cottard (2), ou d'hallucinoses par Dupré) (3), le trouble prépondérant est un trouble de perception. Le sujet accepte, en tant que perception, avec croyance à l'extériorité, des impressions en réalité purement subjectives. En pareil cas, le trouble de perception contribue, d'une manière prédominante, à fixer la formule du délire, par voie de *constatation immédiate*. Dans la mesure où le délire est strictement hallucinatoire, c'est-à-dire dans les hallucinoses vraies, le malade se borne à admettre la réalité objective de l'impression perçue, et si, à cette erreur, d'ordre sensoriel, qui constitue tout ou presque tout son trouble, il ajoute une interprétation, elle est, d'ordinaire, naturelle et logique, la perception fausse une fois admise.

Bref, dans les psychoses hallucinatoires, pour rendre compte du délire, au moins dans son mécanisme prédominant, il n'est pas nécessaire de faire appel à d'autres troubles du raisonnement et de l'imagination que ceux qui peuvent être directement et immédiatement inclus dans l'acte synthétique de la perception. Et si, en dehors des hallucinations, on constate des interprétations plus ou moins absurdes et plus ou moins abondantes, l'hallucina-

(1) Farnarier. La Psychose hallucinatoire aiguë. Paris, 1900.
(2) Cottard. *Société Médico-Psychologique*, 28 décembre 1908.
(3) Dupré et Gelma. *Société de psychiâtrie*, février 1910.

tion joue toujours dans ces psychoses un rôle prépondérant.

Le *délire d'interprétation* suppose un trouble localisé, en quelque sorte, à une étape plus avancée, dans la série des opérations mentales progressives, qui s'échelonnent depuis la perception simple jusqu'aux états de croyance ou de certitude les plus complexes. L'erreur de l'halluciné était d'ordre perceptif. L'erreur de l'interprétant est, au contraire, d'ordre logique : chez lui, la perception est exacte, l'observation des faits réels reste possible et le malade s'y complaît. Mais, dès qu'il s'agit, non plus d'enregistrer, mais d'apprécier les faits, de reconnaître leur enchaînement, d'établir leur importance relative et leur signification, en un mot, de les interpréter, alors la déviation apparaît. La dialectique du sujet, conservée, et même, le plus souvent, exagérée dans son activité, est pervertie dans sa qualité. L'interprétant a le souci de la constatation objective, mais tendancieuse, des faits, le besoin continuel de démonstrations qu'il croit péremptoires et qui ne sont que spécieuses, et il pousse à l'excès l'art des conclusions subtiles mais erronées ; ce luxe d'arguments cache, en réalité, l'indigence de la logique. Le délire n'en est pas moins le résultat d'une dialectique faussée par une tendance affective dominante, qui aboutit à un jugement de valeur, de nature pathologique ; le malade procède par *induction* et *déduction*, en un mot, par *inférence*.

L'*imaginatif*, également insoucieux des constatations sensorielles et des démonstrations logiques, exprime des idées, expose des histoires, émet des affirmations à la réalité desquelles, en dehors de toute expérience et de tout raisonnement, il attache immédiatement croyance. Le malade, réalisant d'emblée ses associations d'idées, transporte dans le monde extérieur ses créations subjectives, en leur conférant tous les caractères de l'objectivité. Il procède par intuition, par auto-suggestion, par *invention*. Le point de départ de son erreur n'est pas la notion d'un fait extérieur, exact ou inexact, source d'un raisonnement incorrect ou résultat d'une perception fausse, mais une fiction d'origine

endogène, une création subjective. L'interprétant procédait en savant; l'imaginatif procède en poète.

Le délire imaginatif, il est vrai, se développe fréquemment, à l'occasion de certains événements et sous l'influence des émotions nées des circonstances de la vie extérieure : même alors, l'imaginatif peut se distinguer de l'interprétant ; car, dans son esprit, les éléments du thème délirant ne sont pas conçus comme le résultat nécessaire, comme la conséquence logique du fait observé. L'enchaînement des idées reste différent : les éléments du délire n'apparaissent pas comme liés entre eux par les rapports d'un syllogisme, mais ils se suivent comme les scènes d'un récit ; ils ne sont pas extraits de l'expérience du malade par voie d'inférence ; ils ne découlent pas des faits observés comme une conclusion se déduit de ses prémisses ; affirmés d'emblée et directement, en dehors des opérations discursives de la pensée, ils jaillissent de l'esprit spontanément par intuition. Même lorsque l'imaginatif fait appel aux ressources de l'observation, c'est à titre accessoire et épisodique ; et la réalité ne fournit à l'esprit que le thème sur lequel l'imagination exécute, à loisir, des variations plus ou moins fantaisistes et des improvisations personnelles. Lorsque le malade raisonne et qu'il argumente, ce n'est pas par un besoin spontané de son esprit, c'est pour répondre aux objections qu'on lui fait et pour justifier sa croyance. Comme l'interprétant, l'imaginatif est certain de la réalité de son idée délirante, et il est assuré qu'elle peut se démontrer, puisqu'il la croit vraie ; mais ici, l'argumentation n'intervient que secondairement et à titre justificatif : c'est une *explication*, non une interprétation vraie. Chez l'interprétant, au contraire, l'idée pathologique apparaît, dès qu'il l'exprime, comme logiquement démontrée, puisqu'elle est née précisément au terme d'un travail d'argumentation, d'un raisonnement. En réalité, dans les deux cas, le fondement de la croyance est différent ; tandis que, chez l'interprétant, la croyance ne peut naître et se développer sans l'intermédiaire obligé des données sensorielles et des opérations logiques, chez l'imagi-

natif, la croyance surgit d'emblée, en vertu d'une évidence immédiate. Entre l'interprétant et l'imaginatif, il existe une opposition réelle de tempérament individuel, de *constitution mentale :* l'un est un raisonneur et l'autre un intuitif.

Il est bien entendu, d'ailleurs, que cette distinction entre les délires hallucinatoire, interprétatif et imaginatif, que nous venons de faire pour les besoins de l'exposition, est une distinction quelque peu schématique, et en partie artificielle. Entre ces différentes variétés de délires, on observe un grand nombre d'éléments communs et de termes de transition, des associations multiples et parfois très complexes. Les délires interprétatifs peuvent se combiner, en proportions variables, à des éléments hallucinatoires, comme en fait foi la division établie par Sérieux et Capgras, en délires d'interprétation non hallucinatoires et hallucinatoires ; inversement, les délires hallucinatoires comportent toujours, à quelque degré, sauf dans les cas très rares d'hallucinoses, des interprétations, l'hallucination restant toutefois la note dominante du tableau clinique. De même enfin, le délire imaginatif, tout en continuant à mériter son nom, peut admettre, au milieu des manifestations prépondérantes de l'activité créatrice, certains éléments d'ordre hallucinatoire et surtout interprétatif.

Le délire, dès son éclosion, s'entretient et s'accroît selon le mécanisme psychologique qui a présidé à son apparition. Tandis que l'interprétant consolide continuellement son système, à l'aide des faits qu'il observe et des relations qu'il infère, l'imaginatif enrichit sans trêve son roman des fables qu'il invente. Le diagnostic de délire imaginatif a précisément pour repère décisif, pour marque distinctive, la constatation immédiate de la création imaginative sous la forme de la *fabulation extemporanée*, qui permet de saisir, en quelque sorte sur le vif, le processus caractéristique du délire d'imagination.

La tendance à l'altération de la vérité, au mensonge et à la fabulation, que l'un de nous a désignée sous le nom de *Mythomanie*, représente le *terrain de déséquilibre imaginatif*, sur lequel se développe électivement le délire d'ima-

gination. Le mythomane, même lorsqu'il ment de propos délibéré, est d'ordinaire crédule. On connaît ces menteurs qui en arrivent à croire leurs mensonges, à les défendre, et à en devenir ainsi les dupes et les victimes. Ces fabulations, plus fréquentes chez les enfants et les débiles, résultent d'une erreur de l'imagination reproductrice et créatrice. Mais, dès que l'erreur d'imagination se transforme en *délire d'imagination*, c'est-à-dire quand le sujet passe d'une conception fausse ou fantaisiste isolée à l'édification d'un ensemble de croyances systématiques et plus ou moins durables, alors la frontière qui sépare le normal du pathologique est franchie, et le malade entre dans l'aliénation.

Telle est, du moins dans ces cas typiques, la genèse du délire imaginatif, qui se présente alors comme *l'exagération morbide de la mythomanie constitutionnelle* du sujet.

Le délire d'imagination, en tant que forme clinique nettement isolée, pure de tout élément symptomatique étranger, est, plus encore que les délires hallucinatoire et interprétatif purs, et peut-être autant que les hallucinoses, d'observation clinique rare. En fait, lorsque le sujet présente un délire d'imagination cohérent et durable, la fabulation se complique et se renforce presque toujours d'illusions, d'interprétations ou de représentations mentales vives. Bref, toute l'activité psychique est intéressée dans le complexus morbide. On rencontre, en clinique, beaucoup plus fréquemment que le délire d'imagination, la *fabulation simple*, c'est-à-dire l'affirmation gratuite d'événements fictifs, de situations chimériques, le récit de romans et d'aventures. On observe, d'ailleurs, toutes les transitions entre cette fabulation épisodique, variable dans son contenu, et le délire d'imagination systématisé.

Une autre cause contribue à diminuer, en apparence du moins, la fréquence du délire imaginatif : c'est la forme ordinaire de *l'interrogatoire* pratiqué par le médecin. Tel malade qui, spontanément, se contenterait d'affirmer son délire comme une intuition directe de sa conscience, et qui n'est pas, en réalité, un raisonneur d'habitude, prend, au contraire, les apparences d'un interprétateur, lorsque,

pour répondre aux questions et surtout aux objections du médecin, il cherche à justifier en fait et en raison son système délirant. Il y aurait peut-être moins d'interprétants et plus d'imaginatifs si le médecin ne pratiquait jamais qu'un minimum indispensable d'interrogatoire et laissait le malade entièrement libre de révéler, par ses propos, le cours naturel de ses pensées : le mécanisme de son délire apparaîtrait ainsi dans toute sa pureté et dégagé de toute invention étrangère, de toute suggestion médicale. Il en est, peut-on dire, à cet égard, du délire d'interprétation comme de l'hystérie : dans certains cas, il semble dû, au moins pour une large part, à la collaboration du malade et du médecin.

Le délire d'imagination peut se rencontrer, soit à *l'état relativement isolé*, comme une forme particulière des délires de persécution, et surtout de grandeur, soit à titre de *syndrome associé*, et plus ou moins transitoire, au cours des psychopathies les plus diverses.

Nous rapporterons d'abord un cas de délire imaginatif, exempt d'éléments hallucinatoires et, presque entièrement, d'éléments interprétatifs : il nous paraît répondre, en quelque sorte, *à l'observation type du délire imaginatif isolé*, de nature constitutionnelle.

Observation (1). — Le 24 mai 1908, le commissaire de police du quartier de la place Vendôme envoyait à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police une dame déclarant se nommer X..., être âgée de 25 ans, artiste peintre, femme divorcée de M. K... La dame était accompagnée de deux enfants qu'elle prétendait être les deux enfants de son ex-mari et de sa propre sœur, aujourd'hui décédée. L'envoi à l'Infirmerie était motivé par l'extravagance des actes et des discours de la femme X..., contre laquelle le commissaire avait déjà reçu, les jours précédents, de nombreuses plaintes établissant les faits suivants :

Depuis quelque temps, cette dame descendait un, deux ou trois jours, dans les grands hôtels de Paris, qu'elle quittait subitement sans solder sa note; elle prenait des auto-taximètres dont elle ne payait pas les conducteurs, etc... Enfin, la dame X... déclarait au commissaire qu'elle était victime elle-même de nombreux vols, escroqueries et abus de confiance, qu'elle était en relations intimes avec les principales familles régnantes

(1) Cette observation est extraite d'un rapport médico-légal rédigé par l'un de nous.

d'Europe, etc... Il semblait cependant résulter de l'enquête que Mme X... était actuellement sans domicile et sans ressources.

De l'Infirmerie, la dame X... fut transportée à la prison de Saint-Lazare, comme devant être déférée au parquet sous l'inculpation de filouterie.

La continuation de l'enquête du commissaire de police consignée au dossier administratif, et les renseignements recueillis au cours de l'instruction, consignés dans le dossier judiciaire, établissent, relativement à la conduite de la femme X...., dans ces derniers temps, l'existence de toute une série de faits, dont la plupart ont déterminé les plaintes déposées contre cette femme, et que nous allons brièvement résumer ici.

Le 23 mai, vers 4 h. 30 du soir, Mme X..., suivie des deux enfants qui l'accompagnaient partout, prenait un auto-taximètre et se faisait conduire, durant sept heures environ, à une dizaine d'adresses, dans Paris et dans la banlieue, et notamment à l'Hôtel Majestic, avenue Kléber, puis au Pavillon Henri-IV, à Saint-Germain, ensuite au Palais d'Orsay, à l'Hôtel Meurice, et enfin, à 11 h. 30, à l'Hôtel Montana, où elle trouva un logement qui lui avait été refusé dans les autres maisons. Peu après, le chef de réception de l'hôtel remettait au chauffeur, dont le taximètre marquait 66 francs 15 centimes, un bon de 80 francs, signé de Mme X..., et le priait de repasser se faire régler le lendemain matin.

Le lendemain, le chauffeur était invité à revenir toucher cette somme après déjeuner. Entre temps, un autre chauffeur, victime du même procédé les jours précédents, l'avertissait que la même dame lui devait 157 francs.

A l'Hôtel Montana, le directeur, informé de la réclamation des chauffeurs, n'arrivant pas à obtenir des références sur la voyageuse sans bagages (ceux-ci avaient été précédemment retenus à l'Hôtel d'Iéna en garantie d'une dette de 1.200 francs), fit arrêter Mme X..., qui lui devait, sans pouvoir le payer, la somme de 70 fr. 60, prix de deux chambres et d'un dîner, et porta plainte avec le chauffeur.

Le 13 mai, au soir, la dame X... était descendue, sans bagages, à l'Hôtel de Lille et d'Albion, 223, rue Saint-Honoré, où elle s'était fait inscrire sous le nom de baronne de X... Invitée le lendemain matin à solder sa note, elle répondit qu'elle n'avait pas d'argent, mais qu'elle allait s'en procurer. Le surlendemain, elle demande elle-même sa note, qui se montait à 70 francs, et elle disparaît sans payer.

Le 19 mai, au soir, la dame X... descend avec ses enfants à l'Hôtel Brighton, 218, rue de Rivoli, dîne au restaurant de l'hôtel, annonce l'arrivée de ses bagages et répond, à la présentation de sa note, qu'il lui est impossible de payer, son argent étant dans ses malles. On la pria alors de ne pas revenir.

Il ressort des renseignements de la sûreté que, du 9 au 12 mai, la dame X... a vécu avec ses deux enfants à l'Hôtel du

Château de Madrid à Neuilly-sur-Seine, où elle a contracté 443 francs de dettes. Pendant son séjour à cet hôtel, elle a téléphoné plusieurs fois aux ambassadeurs d'Angleterre, d'Allemagne et d'Espagne.

A l'instruction, la prévenue fit, en substance, les déclarations suivantes :

« Je suis née je ne sais où, de parents non dénommés et j'ignore à quelle nationalité j'appartiens. J'ai été mariée, il y a environ sept ans, à Saint-Germain, avec le sieur K..., dont je suis divorcée depuis quatre ans. Le divorce a été prononcé à Paris, par l'intermédiaire de Me B..., avoué. Mon mari a été condamné à me payer une pension alimentaire de 38.000 francs, mais cette pension ne m'a jamais été servie : c'est pourquoi j'ai du retard dans mes payements. C'est pour la même raison que je n'ai pu faire enregistrer le bail d'un appartement que j'ai arrêté, 37, quai d'Orsay, au loyer de 16.500 francs. Les deux enfants qui m'accompagnent, Suzanne âgée de onze ans et demi, et Edouard, âgé de neuf ans, sont les enfants de mon mari et de ma sœur, Rosine X..., défunte; la garde et la tutelle m'ont été données après mon divorce. Je ne m'explique pas la plainte du chauffeur, que j'ai engagé à aller se faire payer chez mon avoué, M. F..., 26, rue d'Alger. L'autre chauffeur devait être payé par Mme S..., une de mes amies, 46, avenue du Bois-de-Boulogne. »

Interrogée à nouveau sur son identité, l'accusée répond :

« Ma mère était en voyage lorsque je suis née : elle m'a déclarée où elle a pu, à Valparaiso, à Chypre, et encore à deux autres endroits, dont je ne me souviens plus : aussi ai-je onze noms. J'ai été élevée à Montmorency, par les époux J... La Princesse Mathilde a payé les trimestres des institutions dans lesquelles je suivais les cours.

« Il y a quelques mois, le roi d'Espagne, dont je faisais le portrait, m'a remis un acte de naissance avec des titres de Bourbon... De sorte qu'aujourd'hui, je suis apparentée avec la famille régnante d'Espagne...

« Je suis artiste peintre. Depuis un an, j'ai fait trois portraits à l'huile pour 11.000 francs. Je n'ai pas d'atelier en ce moment. »

La dame X... déclare en outre qu'elle possède, en dépôt, à la Banque de France, une somme d'argent considérable, qu'elle insinue avoir été remise à cet établissement, au nom de son enfant Edouard, fils du roi d'Angleterre.

L'inculpée, dans une requête au bâtonnier de l'Ordre demande un avocat pour se défendre de l'accusation de vagabondage portée contre elle par deux chauffeurs et un hôtelier « qui ont voulu être subitement payés, dimanche après-midi ».

Des dépositions de différents témoins, invoqués par l'inculpée, il résulte que les allégations de la dame X... sont dépourvues de tout fondement réel. Me F..., avoué, fait connaître que, depuis quinze jours, il a reçu plusieurs fois la visite d'une dame X..., dont il ignore les antécédents et l'identité et qui l'a entre-

tenu de faits reconnus imaginés. Cette dame parlait d'intenter des poursuites contre la Banque du Rio del Plata, dans laquelle une somme considérable d'argent, déposée en son nom, aurait été volée par un tiers. Me B..., avoué, déclare que la dame X... a divorcé, en effet, en vertu d'un jugement prononcé par la quatrième chambre, le 30 mars 1899, et que son mari a été condamné à lui servir une pension alimentaire mensuelle de 200 fr., qui fut portée ensuite à 300 francs. Il ajoute que cette pension n'a jamais été payée et que le mari est actuellement sans domicile connu ni résidence.

La dame S... n'a qu'un vague souvenir de la dame X..., qu'elle a employée, il y a quelques années, à titre charitable, comme aide-cuisinière.

A la Banque de France, on déclare que la dame X... est venue réclamer un chèque, déposé, pour elle, par un prince russe, mais qu'elle ne possède, en réalité, aucun argent dans cet établissement.

Le commissaire de police du quartier des Invalides confirme que la dame X... s'est présentée 37, quai d'Orsay, pour louer un appartement et qu'elle a engagé, à cet effet, des pourparlers qui sont sur le point d'aboutir.

Le 15 octobre 1907, Mme X.. avait loué, au 43 de l'avenue Henri-Martin, un appartement qu'elle avait garni de meubles achetés au Louvre, mais qu'elle dut quitter, les meubles ayant été repris, faute de paiement. A cette maison, se présentaient journellement des cochers et des fournisseurs qu'elle envoyait à cette adresse pour se faire solder. La dame X... ne résida jamais dans cet appartement, changeant constamment de demeure et logeant en garni.

Le service de sûreté générale a communiqué sur l'inculpée un rapport dont nous extrayons le résumé suivant.

L'accusée, âgée aujourd'hui de trente-huit ans et demi est née le 25 décembre 1869, à Saint-Germain, de M. Paul-Etienne X..., commissaire de police de la ville, et de Mme Marguerite G..., aujourd'hui, par son second mariage, femme T... Elle fut mariée il y a dix-huit ans, à un sieur K..., aux torts et griefs duquel le divorce fut prononcé, il y a neuf ans, entre les époux. De ce mariage naquirent trois enfants : une fille de dix-sept ans, actuellement entretenue par un riche étranger, et les deux enfants, Suzanne et Edouard, qui accompagnent l'accusée dans ses pérégrinations.

La dame X... aurait eu une existence très mouvementée, très irrégulière, avec des hauts et des bas, des alternatives d'aisance et de misère. (On prétend qu'elle aurait été poussée à la prostitution par son ex-mari). Elle aurait eu, en tout cas, plusieurs amants, et, depuis quelques années, présenterait des idées de persécution et de grandeur : elle se prétend spoliée des millions que lui avait donnés le roi d'Angleterre, attribue des paternités illustres à ses enfants, invoque des parentés dans les familles régnantes, etc...

Quelque temps après son divorce, la femme X... aurait fait la connaissance d'un riche rentier, M. M... qui l'installa dans un luxueux appartement, où elle cohabita pendant quatre ou cinq ans avec son amant ; celui-ci dut la quitter, à cause de ses bizarreries de caractère et de ses dépenses insensées; il continua à lui servir une pension annuelle pendant deux ans. A partir de ce moment, la dame X... se livra à la haute galanterie, accompagnée de sa fille aînée, alors âgée de quinze ans; celle-ci partit pour l'Amérique avec un amant et la dame X... reprit à sa mère ses deux enfants qu'elle associa à sa vie irrégulière et scandaleuse. Elle parut ainsi successivement dans une série de grands hôtels, où elle a laissé des dettes plus ou moins considérables (Palace-Hôtel, Hôtel Terminus, Hôtel d'Iéna, Hôtel Continental, Hôtels du Palais, Vouillemont, Mercédès, Campbell, etc...).

La mère de l'accusée, Mme T..., a écrit une lettre qui confirme les renseignements recueillis par la Sûreté et qui fait connaître que Mme X... est, depuis deux ou trois ans, une véritable aliénée, que c'est une malade atteinte de la folie des grandeurs et non pas une voleuse, vivant d'expédients ; que sa fille, victime de son imagination, se figure que certains rois, et notamment le roi d'Espagne, lui doivent des millions, qu'elle est à la tête d'une immense fortune, qu'elle se fait passer pour la dame d'honneur de tous les rois. etc...

M. T... dépose que sa belle-fille présente, depuis deux ou trois ans, la manie des grandeurs, que, depuis cette époque, elle mène une vie errante et désordonnée, qu'elle vient de temps en temps à la maison paternelle pour en repartir aussitôt, qu'elle laisse ses enfants dans le plus grand dénuement, et que c'est une véritable aliénée qu'il faut interner. Le beau-père ajoute que, malgré sa modeste situation, il est décidé, avec sa femme, à recueillir les enfants et à s'occuper d'eux.

Nous avons eu l'occasion, au cours des visites que nous avons faites à la prévenue, d'avoir avec elle des entretiens, pendant lesquels la dame X... nous a tenu les propos les plus invraisemblables sur ses relations, ses aventures, ses triomphes et ses misères, et raconté les histoires les plus fantastiques. Elle nous a débité ainsi, à chacune de nos entrevues, une série de romans incroyables, dont elle a été ou est encore l'héroïne : les récits se succèdent sur ses lèvres avec une étonnante rapidité, superposant leurs intrigues et entremêlant leurs péripéties ; l'action se déroule tantôt avec suite et logique, tantôt, au contraire, avec des variations, des impossibilités et des contradictions flagrantes. Lorsqu'on la met en présence de ses incohérences, la jeune femme, jamais prise de court, fournit sans embarras une explication immédiate, qui donne la solution apparente du problème en posant la question sous un nouveau jour et en invoquant d'autres éléments dont l'intervention opportune sauve la situation. Grâce à ces artifices de réponse, la dame X... élude les difficultés présentes aux dépens de ses

récits antérieurs et déplace ainsi continuellement le problème que posent l'incohérence et l'impossibilité logique du roman de sa vie. Toute la suite de ces histoires est débitée avec aisance et même volubilité, avec assurance et autorité. Le ton du discours est, tantôt celui de la sincérité la plus candide et de la conviction la plus ferme, tantôt celui de l'indignation, tantôt de l'indifférence enjouée et quelquefois de la plaisanterie badine. L'élocution s'accompagne d'une mimique très expressive dans sa variété et son intensité. Les manières de notre interlocutrice sont celles d'une personne de bon ton, aimable, facilement souriante et qui répond avec affabilité à chacune de nos objections.

Le contenu du discours est presque matériellement impossible à reproduire littéralement ici, à cause de la richesse variée et incessamment renouvelée de la fabulation. Il est néanmoins possible de distinguer, dans le flux intarissable de ses explications, deux grandes catégories d'idées directrices, les idées de grandeur et les idées de persécution, étroitement accouplées d'ailleurs et indissolublement liées les unes aux autres. Chacune de ces deux grandes catégories d'idées s'exprime par les propos les plus fantaisistes, les allégations les plus incroyables, dans des histoires différentes, ayant toutes un caractère exceptionnel d'énormité. L'incohérence, la contradiction, l'impossibilité matérielle des événements éclatent plutôt entre chacune de ses fables qu'entre les éléments de chacune d'elles. Nous citerons quelques exemples des idées de grandeur :

La dame X... prétend qu'elle est la fille d'un haut personnage de la cour d'Espagne dont elle se refuse, par discrétion, à donner le nom. Elle aurait reçu, il y a quelques années, de la reine Christine, 30 millions pour abandon de certains droits sur le roi, avec lequel, d'ailleurs, elle est sur le pied de la plus grande intimité. M. Loubet, en 1905, à Paris, a scellé, entre elle et la famille royale d'Espagne, un rapprochement qui s'était déjà opéré en octobre 1904, à la frontière. A cette époque, le fils du roi de Siam, qui l'avait distinguée à Biarritz, au moment où, sur la plage, elle apprenait l'anglais à ses enfants, l'a emmenée dans une excursion à Saint-Sébastien et présentée à la reine Christine et au jeune roi : « Je vous dirai même, ajoute-t-elle avec la plus sereine assurance, qu'à cette occasion nous goutâmes au Casino avec du thé et des tartelettes aux cerises. » Elle a d'ailleurs gardé, depuis, les rapports les plus fréquents et les plus intimes avec Alphonse XIII : elle a entretenu avec lui une correspondance suivie, par l'intermédiaire de C..., l'éditeur de musique. Bien des fois, elle a dîné en tête à tête avec le roi, notamment chez Larue... Sa mère était extraordinairement belle et aurait eu des relations avec les plus hauts personnages des cours d'Europe, et cette circonstance expliquerait, non seulement le secret de sa haute naissance, mais la multiplicité des versions qu'elle fournit tour à tour de sa paternité : Edouard VII, Guillaume II, Alphonse XII.

Après avoir prétendu que le Roi Edouard était son père naturel, elle a rétracté ultérieurement cette affirmation en maintenant que ce Roi avait été son amant et qu'il était le père de ses enfants. Comme je lui demandais dans quelle circonstance elle avait connu le roi Edouard : « C'était à Carlsbad, dit-elle ; au cours d'une promenade solitaire j'ai fait une chute de cheval, lorsque, au même instant, vint à passer le roi, alors en villégiature en Bohême ; il m'aida à me relever, s'intéressa à moi, me reconduisit à mon hôtel, où il me fit porter des fleurs par un ambassadeur, et finit par s'y rendre lui-même sous le nom du duc de Lancastre. »

Il fut un moment question pour elle de devenir la maîtresse de l'empereur de Russie qui, d'ailleurs, tout récemment, envoya à son nom, au Ministre des Finances de la République, une somme de 203 millions : « J'ai d'ailleurs écrit à M. Caillaux de garder pour le Trésor 50 millions, afin de l'aider à équilibrer le budget... » En 1904, le prince Orloff, au Palace-Hôtel, lui faisait une cour assidue et voulait se marier avec elle.

Sans détailler davantage les idées de grandeur, nous allons maintenant résumer le thème des idées de persécution, tout aussi invraisemblables, mais beaucoup plus systématique que celui des idées de grandeur. Mme X... est, depuis plusieurs années, la victime d'une bande noire de voleurs dont le siège est à Lille ou à Saint-Quentin, et dirigée par une dame K..., aidée de complices nombreux et actifs : notamment un M. N..., son ancien ami, une dame B..., des directeurs de grands hôtels, etc... La dame K... l'a, depuis 1901, exploitée et volée de toutes les façons. Au Palace-Hôtel, en 1904, elle a longtemps vécu à ses dépens. A un certain moment, le directeur du Palace-Hôtel interdit à Mme X... de continuer à fréquenter Mme K... ; celle-ci profondément blessée du changement d'attitude de Mme X... à son égard, intrigua auprès du directeur, qu'elle gagna et même séduisit; « si bien qu'elle sortit de chez lui avec 5 louis dans la main ». A dater de ce jour, les deux amants, alliés contre la dame X..., ne cessèrent de la poursuivre de leur haine jalouse et de leurs manœuvres inqualifiables. Le directeur obligea sa cliente, Mme X..., à déposer à la banque du Rio del Plata un capital garantissant la somme des dépenses effectuées par elle à l'hôtel. La dame X... se fit envoyer par un ami de San Francisco une somme de 9.480.000 francs qu'elle déposa à cette banque en mai 1904, sous les noms de Mme Tony, et Edouard X.... Mme K..., de complicité avec le directeur du Palace-Hôtel et M. N..., s'est présentée à la Banque comme étant Mme Tony, avec son fils qu'elle prétendit être Edouard X..., et toucha ainsi l'argent déposé pour Mme X... Un certain M. C..., amant de son ancienne femme de chambre anglaise, Mme D..., de complicité avec le même directeur d'hôtel, toucha également, à la même banque, une lettre de crédit de 50.000 francs.

Mme K... a détourné d'elle M. N... (son ancien amant) que

Mme X... représente comme ayant été seulement son fiancé. Elle prétend que sa liaison avec ce dernier n'a été qu'un amour platonique qui devait finir par un mariage; mais cet amour a été brisé parce qu'elle a été le témoin, involontaire d'ailleurs, à Luchon, des relations incestueuses de M. N... et de sa propre sœur, à laquelle il a fait un enfant, actuellement âgé de trois ans.

Mme K... lui a volé ses bijoux et a fait enlever sa fille aînée Marguerite, actuellement âgée de seize ans, par un de ses amants, le comte d'A..., qui l'a emmenée dans l'Amérique du Sud. Enfin, exaspérée de jalousie, à cause de l'intérêt que portent les rois d'Espagne et d'Angleterre à Mme X..., Mme K... l'a fait arrêter à l'Hôtel Continental comme ayant volé un diamant de 12 millions. Elle affirmait avoir vu le bijou dans la coiffure de la dame X...; or, ce prétendu diamant n'était que « la tête en simili » d'une épingle à chapeau sans valeur.

Mme K... a pour complices les plus hauts personnages de la police et du gouvernement, notamment M. Pichon, le ministre des Affaires Etrangères, qui était l'ami intime de Mme D..., sœur de M. N..., et a, depuis le mariage du roi d'Espagne, mis deux agents à ses trousses ; M. Hamard, chef de la Sûreté, qui, amant de Mme B..., tante de Mme K... « une vieille cocotte du temps de l'Empire », se croit le droit d'étrangler tout le monde et l'a fait déménager, sur l'ordre de ses agents, d'hôtel en hôtel ; M. Mouquin, qui, amant de Mme K..., s'allie aux autres persécuteurs. La moindre objection émise à l'encontre de ses dires provoque immédiatement des répliques, dans le genre de celles-ci : « Vous me demandez ce qui me prouve la nature des relations de M. Hamard avec cette dame B... ? Mais je l'ai vu déshabillé dans le lit de cette dame ! »

« Tous ces gens-là ont fait chanter l'année dernière le roi Edouard pour 8 millions, et maintenant ils veulent me faire passer pour folle ! »

Au cours de toute sa conversation, la prévenue continue de jongler avec les millions volés ou reçus; les 30 millions qu'elle a reçus de la reine Christine ont été volés par les agents de la Sûreté qui se les sont partagés. On a voulu la faire passer pour morte. Une tentative d'assassinat a été commise sur elle, le 3 juin 1907, à l'angle de la cour et de la rue de Rome, par le jeune R. K..., âgé de dix-huit ans, envoyé par sa mère, Mme K... et sa tante Mme B... ; Mme X.. nous montre, à l'extrémité du sourcil gauche, une très légère cicatrice, qu'elle prétend être la trace du coup de couteau reçu à ce moment, de la part de l'assassin; celui-ci était monté sur le marchepied de l'auto où elle stationnait et répondait sans méfiance aux questions du jeune homme.

Lorsque nous représentons à la prévenue toutes les dettes qu'elle a contractées, au cours de sa vie errante, dans les différents hôtels, elle s'indigne et répond avec emportement qu'elle est honteusement exploitée, depuis un an, par les hôtels; que,

par exemple, à l'Hôtel Mercédès, elle n'a dépensé que 38 fr. sur les 200 francs déposés d'avance pour elle par le roi d'Espagne, etc. .

Mme X... nous montre des reçus de sommes d'argent qu'on lui doit et une liasse de papiers dont le double serait chez son avoué.

Mme X... a écrit, depuis son arrestation, de nombreuses lettres, adressées soit aux avoués, auxquels elle renvoyait ses fournisseurs, pour s'indigner de leur indifférence, leurs reprocher leur inertie, etc..., soit aux magistrats, soit aux Ambassadeurs d'Angleterre ou d'Autriche, soit au Président de la République ,pour demander sa mise en liberté, soit aux souverains d'Europe pour leur rappeler son passé, ses relations et les apitoyer sur ses malheurs actuels. Elle signe toutes ses lettres S. A. R., invoquant ici le titre d'Altesse Royale.

On trouve dans ses lettres comme dans ses propos, les mêmes idées de grandeur et de persécution. Quelques-unes d'entre elles portent, dans leur forme et leur fond, le cachet le plus notoire d'une faiblesse d'esprit, d'un manque de jugement et d'instruction, d'une naïveté et d'une niaiserie enfantines, qui sont autant de marques de la débilité mentale. Elle a, par exemple, adressé une supplique à l'empereur d'Allemagne, sous forme d'acrostiche dont la poésie est aussi dépourvue de bon sens que de prosodie.

La débilité mentale éclate, d'ailleurs, dans tous les raisonnements de la dame X..., qui est aussi pauvre en jugement qu'elle est riche en imagination, aussi indigente en esprit critique qu'elle est fertile en fantaisie inventive. Ce contraste, d'ailleurs, est une des caractéristiques de la mythomanie fabulante chez les débiles. C'est ainsi qu'au cours de sa conversation, l'accusée nous confie qu'elle parle sept langues : priée par nous de nous dire quelques phrases en espagnol ou en allemand, elle élude d'abord la question, puis, devant notre insistance réitérée, après plusieurs silences, elle murmure : « Manana... Chi lo sa ?... » Il est inutile d'insister ici sur l'imprévoyance enfantine d'une telle vantardise chez une femme qui doit se savoir soupçonnée de mensonge et qui est invinciblement poussée, par une tendance morbide, à multiplier, contre son intérêt, les preuves les plus accablantes de la fausseté de ses assertions.

Mme X... ne se borne pas à exprimer dans sa conversation et dans ses lettres ses idées de grandeur et de persécution ; elle y conforme sa conduite et ses démarches et il est manifeste qu'elle est orientée, dans son existence, par les idées morbides qui dominent son sentiment et gouvernent son activité. C'est ainsi qu'elle a adressé à son ennemie, Mme K..., des lettres de reproches et de menaces, au préfet de Police et au ministre de l'Intérieur, des lettres de réclamations et de demande de protection dont le style et le contenu émanent clairement d'une persécutée. Elle a d'ailleurs été signalée comme telle au préfet-

de police, par tous les correspondants qu'elle assaille de sa prose et voire de ses vers.

A l'examen physique, la malade ne présente aucun symptôme morbide; les réflexes pupillaires sont normaux; pas de dysarthrie.

Après tous les développements que nous avons consacrés à l'exposition des faits et à la relation des résultats de nos examens, il ne nous reste plus qu'à résumer brièvement le diagnostic qui découle de nos constatations et de l'étude générale de la personnalité de l'accusée.

Mme X... est évidemment une débile de l'intelligence, du sens moral et de la volonté. La délibité intellectuelle se marque par la faiblesse du raisonnement, la pauvreté du jugement, l'absurdité des conceptions, la nullité de la critique. La débilité morale et affective se traduit par l'absence de tout sentiment filial et maternel, de préoccupations éthiques, par l'égoïsme, par le dérèglement cynique des mœurs, etc...

La débilité volontaire se révèle par l'instabilité, l'apathie, le défaut de tout esprit de suite dans la conduite et les efforts, etc. Mme X... est non seulement une débile mais une déséquilibrée. La déséquilibration psychique constitutionnelle se traduit chez elle par de nombreuses anomalies des sentiments, du caractère et de l'intelligence : perversité des instincts, prodigalité, duplicité, cupidité, orgueil extrême, jalousie, développement extraordinaire de l'imagination inventive coïncidant avec la faiblesse du jugement plus haut indiquée. Du concours des éléments de débilité et de déséquilibration ainsi définis, résulte la tendance morbide au mensonge et à la fabulation qui nous apparaît ici comme le produit naturel d'une mentalité dépourvue de jugement, mais douée d'une imagination exubérante. Ces aptitudes mythiques, Mme X... les met au service de ses perversions instinctives et morales.

L'exaltation prodigieuse de la vanité chez elle a fini par aboutir à un véritable délire de grandeur qui se formule en prétentions de noblesse, de richesse et de puissance. L'orgueil et la jalousie, dans leur exagération progressive, ont abouti à l'éclosion d'idées de persécution qui se sont développées parallèlement aux idées de grandeur, et ainsi s'est constitué un délire mixte de grandeur et de persécution qui, par son illogisme, son inconsistance et son absurdité, démontre la pauvreté du fond mental dont il émane. Le thème délirant, dépourvu ici de toute illusion et de toute hallucination, comporte un minimum d'interprétations; il repose tout entier sur l'imagination, dont le travail exubérant et continu fournit, dans une fabulation intarissable, ses éléments et ses ressources. L'invention créatrice surgit, chez cette femme, sans effort, spontanément, comme une manifestation naturelle de l'automatisme intellectuel. Le délire est ici un délire d'imagination, un délire mythopathique.

Il est impossible de mesurer la part de la conscience et de

la volonté dans la genèse de cette mythomanie délirante. Il est également impossible de déterminer le degré respectif de la sincérité et de la mauvaise foi, de l'auto suggestibilité passive et de la supercherie intentionnelle dans l'activité mythique du sujet. Ce que l'on peut affirmer ici, en dehors de toute discussion psychologique et de toute appréciation morale, c'est la nature anormale de la constitution mentale de l'accusée, et le caractère pathologique de ses idées et de sa fabulation fantastique. Il ressort de l'étude du dossier que Mme X... est non seulement une malade, mais une aventurière, capable de filouteries et d'escroqueries de tout genre : elle commet d'ailleurs ces infractions morales avec un degré suffisant de conscience pour qu'on puisse être tenté, si l'on fait abstraction des éléments morbides si nombreux de l'esprit, de lui en attribuer l'imputabilité; mais si l'on considère les mobiles de son activité générale, si l'on envisage l'ensemble de la mentalité de la délinquante, et notamment l'agénésie du sens moral qu'on observe chez elle, si l'on réfléchit au mince profit que, dans le désarroi de sa vie errante et misérable, elle retire de ses coupables agissements, on est amené à conclure que toute la conduite de cette femme est dominée par des influences pathologiques, qui président au désordre de son esprit et à l'immoralité de sa vie. Il n'est d'ailleurs retenu contre elle, en l'espèce, que le délit de vagabondage; or, le vagabondage est essentiellement la conséquence de l'instabilité de la prévenue et de sa tendance constitutionnelle au déplacement continu et à la vie errante. L'accusée appartient à la catégorie des mythomanes errants, qui marquent doublement, par le vagabondage de leur imagination et l'instabilité de leur personne, leur tendance foncière à une vie extravagante, aventureuse et impossible à fixer.

Mme X... est donc, par le caractère pathologique de ses idées et de ses actes, un élément de trouble pour l'ordre public et pour la sécurité des personnes : elle est, notamment, dangereuse pour ses enfants, qu'elle associe à sa vie misérable et vagabonde, et pour ses prétendus persécuteurs, qu'elle émeut par ses menaces et contre lesquels elle est susceptible de se livrer à des actes regrettables ou dangereux. Il est nécessaire d'exercer sur Mme X..., incapable de diriger convenablement sa personne, une surveillance et une protection continuelles qu'elle ne peut trouver que dans un asile d'aliénés.

Du dossier administratif de Mme X..., il résulte que la malade, internée à Vaucluse, a continué à manifester les mêmes préoccupations délirantes. Voici notamment le texte d'un certificat du docteur Dupain, à la date du 17 août 1908, certificat rédigé sur la demande de mise en liberté faite par la malade au ministère de l'Intérieur :

« Est atteinte de dégénérescence mentale avec exaltation intellectuelle. Interprétations délirantes. Idées ambitieuses et de persécution, mythomanie, récriminations. On lui a dérobé un diamant évalué 14 millions qui lui avait été donné par le roi

d'Angleterre dont elle a été la maîtresse. Son amant lui a fait cadeau d'une villa à Biarritz; sur les instances de personnages politiques, elle a accepté d'être la maîtresse de l'empereur d'Allemagne ; elle doit faire rendre l'Alsace à la France et elle sera reine.

« Préoccupations érotiques; arrêtée pour vagabondage; les ambassadeurs, dit-elle, devaient payer ses dépenses d'hôtel ; non-lieu après expertise.

« Cette malade doit être maintenue dans un asile d'aliénés ».

Le 16 mars 1909, l'administration du Comptoir National d'Escompte ayant demandé de rentrer en possession de trois compartiments de coffre-fort, loués par Mme X..., à sa succursale de l'Opéra, l'ouverture du coffre-fort fut opérée devant le représentant des biens des aliénés et le commissaire de police.

On trouva seulement des écrins vides, avec couverts à salade et couteaux en mauvais état, et quelques autres pièces insignifiantes. Ni valeurs, ni bijoux.

Les renseignements que nous avons recueillis récemment, à Vaucluse, et que nous devons à l'obligeance du Dr Dupain, nous permettent d'affirmer que la malade a continué à délirer selon la même formule imaginative.

L'analyse de cette observation typique nous permettra de mettre en lumière la plupart des traits distinctifs du délire d'imagination isolé, de nature constitutionnelle.

Ce délire est remarquablement pur et isolé de tout élément étranger. Il ne présente aucune trace d'hallucination ; tout au plus pourrait-on noter des représentations mentales vives, fréquentes chez les imaginatifs, surtout chez les visuels (Mme X... dessine et peint avec quelque talent). L'excitation intellectuelle, en pareil cas, intéresse aussi bien l'imagination reproductrice que l'imagination créatrice.

Les interprétations paraissent exister, mais elles sont rares. Avant d'affirmer une interprétation, il convient, d'ailleurs, d'éliminer avec soin toute la série des processus morbides capables de simuler l'interprétation.

Lorsqu'un malade rapporte un fait plus ou moins ancien, et paraît établir, entre cet événement et certaines de ses conceptions délirantes une relation de cause à effet, il faut, comme l'a dit notamment Hagen, envisager au moins trois hypothèses : 1° le malade peut se souvenir exactement du fait allégué, qui, à cette époque, lui a suggéré une *inter-*

prétation ; 2° le souvenir de l'événement peut être exact, mais l'interprétation est récente ; c'est *l'interprétation rétrospective*, dans laquelle le malade modifie déjà partiellement la réalité des faits ; 3° la circonstance invoquée par le malade ne répond à aucun événement réel. Il ne s'agit plus, en aucune manière, d'interprétation, mais de *fabulation rétrospective*. Ces faits sont parfois désignés sous le non *d'hallucinations de la mémoire*. Ils relèvent en réalité d'un trouble bien plus imaginatif que mnésique. L'imagination créatrice se présente au sujet sous les dehors trompeurs de la mémoire ; le malade croit se rappeler alors qu'il imagine. La mémoire n'intervient, en réalité, à aucun moment, ni dans la fixation d'un fait antérieur, ni dans son évocation actuelle. Le malade a seulement *l'illusion du souvenir.*

Quand le fait qui sert de point de départ aux affirmations du malade est exact, il peut arriver que les idées délirantes se relient à cet événement par un autre processus que l'interprétation vraie.

Mme X... prétend que son mari lui doit une pension alimentaire d'un chiffre très élevé. Son mari, en effet, par décision du tribunal, est tenu de lui verser une rente mensuelle, mais de 200 francs seulement. C'est là un procédé d'exagération et de déformation des faits, un acte d'amplification imaginative : c'est une addition pure et simple à la réalité, non une extraction par voie de raisonnement ; ce n'est pas une inférence. A plusieurs reprises, à propos d'un événement peut-être exact, la malade émet ainsi une série d'affirmations qui ne sont nullement, dans son esprit, la conséquence logique du fait initial ; les idées ne s'enchaînent pas comme les différents termes d'une argumentation, mais s'évoquent les unes les autres, comme, au cours d'une causerie, un récit appelle un récit, et comme une anecdote suggère une anecdote.

Parfois aussi, les faits exacts et vérifiés que la malade allègue ont bien, dans son esprit, la signification d'un argument ; mais il s'agit si peu d'une interprétation vraie, ces faits ont si peu contribué à fixer la conviction du sujet

sur tel point précis de son thème délirant, que souvent ces documents, que la malade invoque triomphalement, ont été provoqués par elle et ne doivent leur existence qu'à son invention morbide : brouillons de lettres qu'elle a envoyées à de grands personnages, accusés de réception prouvant qu'on a répondu à ses lettres, etc...

Il y a là l'ébauche d'un processus qu'on retrouvera dans le délire d'invention. Le malade extériorise son délire dans des œuvres, *des pièces à conviction* (écrits, certificats, demandes de brevet, etc.) qui deviennent pour lui la preuve objective de la légitimité de son délire. Il commence par créer le fait extérieur, et, de la sorte, peut justifier des affirmations, dont la formule est, en réalité, antérieure à toute expérience. C'est la fabrication de la preuve matérielle, la *fabulation objective*, processus exactement inverse de la véritable interprétation.

Dans d'autres cas, le fait extérieur n'est pas provoqué à dessein par le malade ; mais il est utilisé, après coup, à titre de *justification secondaire*, comme cette légère cicatrice préorbitaire, de date récente, que Mme X... invoque pour établir la réalité d'une tentative d'assassinat dont elle aurait été victime une année auparavant.

Autant, chez cette malade, dédaigneuse de l'observation et peu raisonneuse, les interprétations sont sujettes à caution, autant la riche efflorescence des processus imaginatifs est incontestable. La malade est bien une mythomane qui met au service de ses perversions instinctives, de sa méfiance et de son orgueil, les ressources de son imagination.

Mme X... est une *mythomane constitutionnelle.* La mère attribue à sa fille une riche « imagination » dont celle-ci est « la victime ». Dans les réactions de la malade, on retrouve les caractères de la mythomanie constitutionnelle : la constance avec laquelle Mme X... altère la vérité : il n'est presque aucun des détails de sa conversation qui ne soit entaché d'erreur ou de mensonge ; l'abondance extraordinaire des affirmations fausses, la facilité extrême de l'invention, véritable idéorrhée imaginative, par suite de laquelle une observation détaillée de la malade aurait vite

fait de constituer un énorme dossier ; Mme X... épuise, à peu près complètement, la liste des variétés cliniques de mythomanie, telles que l'un de nous a eu l'occasion de les décrire ailleurs : mythomanie maligne et perverse, mythomanie de défense, et surtout mythomanie vaniteuse et de luxe. Assez fréquemment, ces malades composent des romans, ont des prétentions artistiques et littéraires ; parfois encore ils se révèlent, à titre plus ou moins accessoire et épisodique, comme des inventeurs. Tantôt notre malade fabule pour accuser ou se défendre, pour servir son érotisme et sa cupidité ; tantôt elle fabule par hâblerie, pour se vanter , tantôt même sans motif plausible appréciable, mais poussée par le besoin de développer les créations de sa fantaisie, dans le jeu libre et spontané de son imagination.

Nous insisterons tout particulièrement sur le mode de production et d'accroissement du roman mythopathique. C'est extemporanément, sur-le-champ, souvent par une réponse imprévue à une question imprévue, que la malade improvise les éléments de sa fabulation. Le clinicien assiste directement à la formation du délire. Souvent il contribue lui-même, plus ou moins consciemment, par un interrogatoire tendancieux, à fixer la formule de l'improvisation délirante. L'expression, l'orientation et presque le contenu de la fable peuvent être provoqués à volonté par le médecin. Chez l'imaginatif, la *suggestibilité*, la *fabulation passive* va de pair avec l'invention spontanée, la *fabulation active*.

L'idée fausse est émise, immédiatement, avec aisance, sans hésitation ; et, dès qu'elle est formulée, la malade la maintient comme une vérité absolue, sans consentir à la modifier ; elle est affirmée d'emblée, sans idée de contrôle et de rectification possible, à la manière des conceptions délirantes du paralytique général. Désormais, elle sera conservée telle quelle dans le souvenir du sujet : elle est définitivement inscrite au dossier mythopathique du délire. Les fictions de l'imagination sont enregistrées comme autant de réalités incontestables, qui peuvent devenir, à leur tour, soit le prétexte de fables nouvelles, soit l'objet d'ex-

plications ou même d'interprétations véritables, mais secondaires à la création imaginative. Ces phénomènes secondaires contribuent à la systématisation des idées fixes postoniriques. Ainsi le délire d'imagination se développe d'ordinaire par voie d'extension plus ou moins continue et de systématisation plus ou moins progressive, grâce à l'accumulation indéfinie de conceptions imaginatives. Celles-ci, plus ou moins coordonnées par des interprétations, et surtout des explications secondaires, sont orientées dans une même direction générale par les tendances affectives prédominantes du sujet.

La qualité du thème mythopathique, aussi bien que son abondance ou son mode de développement, est intéressante à considérer. Les événements que la malade invente sont rares, singuliers, extraordinaires, particulièrement propres à frapper l'esprit du sujet et de son entourage. Les récits qu'elle expose rappellent les scènes d'un roman d'amour ou d'un roman d'aventure. Cette fabulation fantastique atteint facilement des proportions énormes, invraisemblables. La malade ne parle que de millions, de princes, de rois, etc... : elle est non seulement la maîtresse de tel souverain, mais de *tous* les souverains d'Europe et même d'Asie. Non contente de posséder des millions, elles les distribue ; elle a la prodigalité de l'imaginatif. Comme le délire du paralytique général, — dont Mme X... diffère, d'ailleurs, par l'autre face de sa psychose, par les éléments de persécution et de revendication, — son délire mégalomaniaque est expansif, généreux, colossal ; comme chez le paralytique encore, et comme dans tous les processus imaginatifs, en général, elle a une prédilection marquée pour les idées de grandeur. « L'imagination, a dit Renan, est encore plus proche parente du désir que de la crainte. » Les éléments de persécution et de revendication présentent le même caractère d'exagération, d'invraisemblance et d'énormité. D'ailleurs, dans son activité délirante la malade n'est nullement indifférente ou béate ; elle est éveillée, lucide, s'intéresse au milieu qui l'entoure, réclame sa sortie.

Envisagé dans sa tenue générale, dans sa *systématisation*, le délire apparaît remarquablement complexe et polymorphe. Il est composé par la *juxtaposition* d'un grand nombre de thèmes, qui n'ont de commun que la tendance générale aux idées de grandeur et de persécution, localisées plus particulièrement au domaine des préoccupations érotiques et politiques. Mais la multiplicité et souvent l'incompatibilité des versions fournies par la malade aboutissent à l'incohérence. Chaque histoire, considérée en elle-même, présente, le plus souvent, une tenue logique suffisante ; mais *l'abondance même du délire nuit à sa systématisation*. Fréquemment un certain degré de cohérence et de systématisation logique est introduit, après coup, dans le thème délirant, par des interprétations et surtout des explications secondaires.

Un dernier caractère de la fabulation chez notre malade est frappant, et peut déconcerter tout d'abord : c'est un *mélange évident de sincérité et de simulation*, de naïveté et de duplicité.

L'étude de la pathologie générale de l'imagination nous apprend que cette *indistinction entre la vérité, l'erreur et le mensonge* est, au contraire, un des caractères fondamentaux de tous les troubles imaginatifs ; il est comme la marque distinctive qui *spécifie le terrain mythopathique*.

Assurément la dame X..., bien que les troubles délirants prédominent certainement chez elle, est, en partie, consciente de sa mythomanie. Elle est menteuse, fourbe, comédienne, mystificatrice. Sa mythomanie est parfois manifestement intéressée et intentionnelle. Mais elle est souvent par contre désintéressée ; elle ne peut rapporter à son auteur d'autre profit que le plaisir de raconter des histoires ; d'autres fois, et très fréquemment, elle est directement contraire aux intérêts de la malade. Mme X..., par exemple, provoque elle-même des témoignages qui ne peuvent que la confondre. Cette imprudence met en lumière, chez elle, un trait qui est à peu près constant chez les mythomanes : le *défaut*, plus ou moins complet, du *sens de la vérification* et *de la notion même de la réalité*. Cette

naïveté enfantine, ce manque de jugement et de sens critique sont en rapport avec la *débilité mentale*, qui est, pour ainsi dire, de règle dans la mythomanie délirante.

Enfin, constatation décisive, la malade *conforme ses actes à sa fabulation.* Si ses discours apparaissent souvent comme ceux d'une menteuse, sa conduite est inconstestablement celle d'une délirante. Et, selon le mot de Bain, l'action représente ici le critère suprême de la croyance. Mme X... loue de riches appartements, qu'elle ne pourra pas habiter, contracte des dettes qui ne peuvent que la mener rapidement à la prison, écrit des lettres aux souverains, téléphone aux ambassades, met sur pied le service de la Sûreté, qui la considère comme une « déséquilibrée ». Et, tandis qu'elle motive contre elle des poursuites, la malade, de son côté, adresse des réclamations, s'indigne et se considère comme une victime. Enfin, la persistance des troubles à l'Asile a encore confirmé la profondeur, la ténacité et la sincérité des convictions délirantes.

Les *conséquences pratiques*, *médico-légales* de ce délire ont, jusqu'à un certain point, des caractères particuliers où se retrouve la marque spécifique du délire d'imagination.

Les actes médico-légaux sont multiples, exubérants, comme le délire lui-même. Le dossier administratif est volumineux comme le dossier clinique. La malade se répand, non seulement en paroles, mais en actes de toute sorte : rédaction de lettres innombrables, véritable graphorrée, adressée aux personnages les plus différents ; la composition d'épîtres en vers spécifie bien la note imaginative ; conversations téléphoniques absurdes, etc., etc.

Nous insisterons sur les manifestations suivantes, plus particulières au délire d'imagination.

Le faux témoignage. La malade accuse ses prétendus persécuteurs, commet des dépositions mensongères très circonstanciées, où l'abondance des documents, à défaut de la qualité, pourrait passer pour un semblant de preuve. Parfois fabrication de pièces controuvées, de *faux*, destinés à servir de preuve objective aux affirmations délirantes.

Parfois aussi, le délirant imaginatif, pour mieux en imposer aux autres et à soi-même, recourt à l'affirmation d'un *secret* inviolable, invoque des documents décisifs mais mystérieux : lettre que l'on ne peut divulguer, *coffre-fort* qu'on n'ouvre pas. Par une réaction de défense naturelle, et pour se mettre en garde, à coup sûr, contre les réfutations objectives, le mythomane se réfugie dans un mensonge dont il a soin de rendre par avance le contrôle très difficile, sinon impossible.

Les revendications d'ordre familial et surtout filial. La malade, par la construction pure et simple d'un *roman d'amour*, dont sa mère est l'héroïne, ou la supposition *d'intrigues politiques* compliquées, ayant abouti à une substitution d'enfant, revendique des paternités illustres et des successions princières. Un certain nombre de persécuteurs familiaux et filiaux, de grands personnages imaginaires, étudiés par Gilbert Ballet (1), par Sérieux et Capgras (2), paraissent rentrer dans cette catégorie.

Les escroqueries. Ce délit, plus ou moins consciemment préparé et exécuté par la malade, est une conséquence directe des ressources mythopathiques du sujet, ressources qu'il utilise en même temps qu'il en pâtit. C'est une réaction assez particulière au délire d'imagination.

Enfin le *vagabondage* individuel et même collectif : Mme X... appartient à la catégorie classique des mythomanes vagabonds. Résultat de la misère, mais aussi du goût d'aventures de la malade, le vagabondage est, en quelque sorte, de l'*imagination en action*. A la perpétuelle mobilité des idées s'allie la vie errante et agitée de la malade. A l'instabilité intellectuelle s'associe l'instabilité locomotrice. Les enfants confiés à la garde de Mme X... ont participé,

(1) G. Ballet. Leçon de Clinique Médicale, 1807, p. 18 : Les Persécuteurs Familiaux. Dans l'observation classique du persécuteur familial, qui se prétendait le fils naturel de J. Grévy, on retrouve la plupart des traits caractéristiques du délire d'imagination.

(2) Sérieux et Capgras. Le Délire d'Interprétation, p. 161, et l'*Encéphale* 1910, n° 2 et 4 : les Interprétateurs filiaux. Roman et Vie d'une fausse princesse. (*Journal de psychologie*, 1910, n° 3). Ces auteurs décrivent le délire de fabulation comme une variété du délire d'interprétation.

plus ou moins volontiers, aux incessants déplacements de leur mère. En vertu des lois de l'interpsychologie imaginative, on voit parfois un malade entraîner dans son vagabondage, aussi bien que dans les autres réactions délictueuses et pathologiques, les esprits particulièrement suggestibles de son entourage, et, notamment, ses enfants. D'une manière plus générale, un délire imaginatif peut devenir la cause occasionnelle d'un *délire à deux*, ou même d'un véritable *délire collectif*, et notamment d'un délire familial.

En raison de ces réactions anti-sociales, de nature à troubler l'ordre public et la sécurité des personnes et qui, d'ordinaire, conduisent le délirant imaginatif plutôt en correctionnelle que devant la cour d'assises, la *mesure médico-légale* qui s'impose est celle de *l'internement*. Il est d'autant plus intéressant d'insister sur l'urgence de cette décision administrative que, pour la provoquer ou la maintenir, le médecin se heurte souvent à deux sortes d'obstacles. D'un côté, les magistrats, étonnés par le mélange paradoxal de lucidité et d'incohérence qui caractérise de tels malades, et déconcertés surtout par le fait même de la fabulation, se refusent parfois à admettre la démence du sujet, au sens médico-légal du mot. Tandis que l'interprétant se contente de conclusions absurdes, qu'il est aisé de mettre sur le compte d'une erreur pathologique, l'imaginatif procède par affirmation de constatations immédiates ; il dit « j'ai vu, j'ai entendu », et son délire se présente sous la forme d'un récit controuvé qui apparaît, parfois, d'ailleurs, à juste titre, comme un mensonge. Aussi les délirants imaginatifs sont-ils tenus fréquemment par les magistrats et le public pour des imposteurs, des aventuriers, des escrocs et des maîtres-chanteurs. De son côté, dès qu'il est interné, le malade, pour recouvrer sa liberté, met à profit les ressources fécondes de son imagination, et, parfois aussi, un certain talent littéraire, fait appel à l'opinion publique et à l'intervention des magistrats, provoque des enquêtes, etc... Souvent très réclamants, actifs, remuants, infatigables, parfois même

revendicateurs (1), ces malades sont d'ordinaire difficiles à garder dans les asiles.

L'*évolution* de la psychose a montré que la malade a, depuis environ trois ans, conservé invariablement la même formule morbide, le délire continuant à s'accroître indéfiniment à l'aide de quelques interprétations, mais surtout, par une accumulation énorme et incessante de mensonges et de fabulations.

En somme, une telle psychose, qui ne représente que l'exagération pathologique d'un tempérament mythomaniaque, nous paraît exactement parallèle, dans ses origines, ses symptômes, son évolution, au délire d'interprétation de Sérieux et Capgras, qui représente, lui aussi, l'exagération et la déviation pathologiques d'une constitution, non plus imaginative, mais raisonnante. Ces deux variétés cliniques, différentes dans leur mécanisme, sont, en quelque sorte, susceptibles d'une même conception nosologique, et nous paraissent présenter une égale légitimité, sinon une égale fréquence : le délire d'imagination isolé étant assurément plus rare. Dans les deux cas, c'est en vertu de la constitution mentale originelle que l'erreur s'insinue dans l'esprit du malade, soit par la voie indirecte, et plus ou moins exclusive, du raisonnement, soit par l'activité intuitive prédominante de l'imagination. Le délire, une fois éclos, s'accroît et se systématise, dans un cas par organisation plus ou moins rigoureuse de conclusions logiques, et, dans l'autre, par juxtaposition et accumulation de fables romanesques. Enfin, dans les deux cas, la maladie semble devoir évoluer indéfiniment, selon sa formule personnelle, sans tendance marquée vers l'affaiblissement démentiel.

A titre de délires d'imagination essentiels, nous citerons encore quelques observations, qui nous permettront d'insister sur certaines particularités de ces délires.

Nous emprunterons à MM. G. Ballet et Arnaud l'observation, que nous résumerons brièvement, d'un malade, qui,

(1) SÉRIEUX et CAPGRAS. Le Roman d'une Fausse Princesse.

à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, sans affaiblissement psychique notable, dans un état de curieuse excitation intellectuelle, a présenté un délire de grandeur systématisé, de nature à peu près exclusivement imaginative (1).

Observation. — Jo..., docteur en médecine, quatre-vingt-deux ans, diabétique depuis vingt-cinq ans. Grande intelligence, caractère vif et emporté.

En octobre 1890, il achète en province une propriété, dont il parle avec enthousiasme, prétendant qu'elle est « un ancien château fort du duc de Guise le Balafré ». Il annonce qu'il va y fonder, pour la guérison de la tuberculose, d'après une méthode par lui inventée, un « Sanarium-Sanatorium », pour mille malades.

En réalité, cette propriété, sans importance, n'a rien d'historique ni de féodal. *C'est donc là, et de toutes pièces, une véritable idée délirante.*

Tout entier à la réalisation de son projet, il fait des visites aux autorités locales, commande cent lampes à esprit-de-vin, fait imprimer des prospectus où son délire ambitieux éclate comme une fanfare.

Enfin, après s'être beaucoup agité sans avoir rien fondé, il revient à Paris, où il établit un second sanatorium pour trois cents malades. Il applique à quelques sujets le traitement qu'il a inventé, et qui consiste en des inhalations de vapeurs de cinabre, sous une tente en toile, et à une température de 110°. La police fait fermer le sanatorium.

Le malade est interné en août 1891. Les conceptions délirantes se multiplient. Jo... est, comme médecin, supérieur aux plus grands maîtres. Il est plusieurs fois millionnaire. Il est le premier chanteur de son époque, et dans tous les registres indifféremment. Il est directement inspiré par Dieu, dont il n'est que le secrétaire.

Il compose une quantité prodigieuse d'œuvres littéraires, dont il apprécie ainsi les mérites :

« Je croyais avoir fait quelque chose de grand en installant mon sanatorium avec les plus belles créations en plusieurs genres. Feu de paille : Ici j'ai :

1° Rédigé cent soixante pages d'un grand ouvrage, dont la première partie a paru ;

2° J'ai fait un *mélodrame*, d'autant plus beau qu'il a été vécu par moi d'un bout à l'autre. Je le vends au général Koning 1.800.000 francs, quand deux autres m'offrent chacun 2 millions ;

3° Un *poème épique* de deux mille vers alexandrins, fait en cinquante heures devant témoins et montre en main, quand ce

(1) G. Ballet et Arnaud. Délire systématisé de grandeur sans affaiblissement intellectuel notable, chez un vieillard de quatre-vingts ans passés. (*Annales médico-psych.*. mars 1895).

pauvre Boileau, pour son *Lutrin* de mille deux cent vingt-six vers, a mis cinquante mois ! Je travaille à la vapeur. »

Il annonce encore : « Une *tragédie*, le *Cid* en action, vécue aussi d'un bout à l'autre, en opposition avec le *Cid* de Corneille, tout de fiction ; des *Châtiments*, qui laisseront bien pâles ceux de Victor Hugo, etc... »

En octobre 1893, atteint d'un phlegmon de la parotide, le malade meurt, après avoir fait preuve, jusqu'au dernier moment, d'une lucidité parfaite, mais conservant encore toutes ses idées délirantes. Il avait quatre-vingt-quatre ans.

Sans commenter l'étiologie d'une psychose si intéressante, sans discuter notamment l'intervention possible de l'hypomanie dans la genèse du syndrome, nous nous bornerons à insister sur la nature évidemment imaginative des conceptions morbides, et sur la tendance aux réalisations pratiques manifestées, dans son délire, par un homme de caractère autoritaire et entreprenant. L'exubérance pathologique de l'imagination a revêtu aussi, chez ce vieillard cultivé et érudit, la forme littéraire et, particulièrement, *poétique*, que l'on observe chez certains maniaques versificateurs.

Voici maintenant le résumé d'un exemple de délire d'imagination, dont l'étude complète a été publiée par l'un de nous avec le docteur de Clérambault, dans les *Annales médico-psychologiques* (1).

Observation. — Femme H..., quarante-deux ans, gouvernante. Entre à l'Infirmerie spéciale, le 20 mars 1911, sur la demande de sa sœur qui la faisait rechercher en vain depuis deux ans. Loin de sa famille, la malade errait en France, en Suisse, en Italie, en Egypte, ayant abandonné à un homme d'affaires la gestion de deux petites maisons et l'entretien d'un de ses enfants, âgé de huit ans, placé en pension dans le Loiret, et pour lequel, d'ailleurs, il a fallu, en l'absence de la mère, nommer un tuteur. Un premier fils de la malade, âgé de quatorze ans, a été confié à son père, divorcé d'avec la malade, et vit avec lui dans une boucherie à Paris.

Après bien des réticences et des réponses évasives, la dame H... nous expose le thème d'un délire de grandeur, qui date de plusieurs années, exempt d'hallucinations et très pauvre en interprétations. Ce délire porte sur sa famille, accessoirement sur sa sœur qu'elle prétend être sa demi-sœur, et principale-

(1) Dupré et de Clérambault. Délire d'Imagination (*Annales médico-psychologiques*. juillet-août 1911).

ment sur ses deux fils qu'elle imagine destinés au plus brillant avenir, l'un comme musicien, l'autre comme chimiste. Protégés et dotés par un riche châtelain des bords du lac de Genève, ils ont été emmenés par lui sur un yacht particulier, de Port-Saïd au Mexique, en passant par plusieurs ports de l'Amérique du Sud. Les deux enfants vivraient actuellement à Mexico dans des conditions de luxe et de culture artistique et scientifique remarquables.

Aucun argument ne peut convaincre la malade de ses erreurs; elle-même, d'ailleurs, n'apporte aucune preuve à ses allégations et procède dans ses récits uniquement par affirmations.

A la suite de ces cas typiques de délires d'imagination, nous citerons d'autres exemples de délires analogues, mais d'une tenue moins cohérente, d'une évolution moins régulière ou moins prolongée, et dans la psychogenèse desquels peuvent intervenir, à titres divers, la hâblerie, le mensonge et l'exagération ou la simulation intentionnelles.

Observation. — Malade âgé de quarante-cinq ans, brocanteur. S'est présenté de lui-même dans un commissariat de police, se disant évadé récemment de Vaucluse et réclamant à nouveau son internement, parce que, depuis plusieurs semaines, il cherchait en vain du travail. Prétendait en outre avoir vécu deux fois et connaître intimement l'empereur d'Allemagne.

Huit mois plus tôt, premier internement à Sainte-Anne, à la suite d'une tentative de suicide : deux coups de revolver au front. Disait avoir fréquenté François Ier.

Certificat du Docteur Magnan : « Dégénérescence avec alcoolisme. Dépression mélancolique. Idées ambitieuses très étendues ».

Un mois plus tard, transfert à Vaucluse.

Certificat du docteur Vigouroux : « Affaiblissement intellectuel avec idées multiples et peu cohérentes de grandeur et de persécution. Il veut vendre des pommes de terre à l'empereur Guillaume. Loquacité incohérente ».

Il s'évade en février 1911.

A l'Infirmerie spéciale, il semble un peu fatigué et déprimé. Aspect plus vieux que son âge. Réflexes pupillaires et tendineux normaux. Tremblement des mains. Léger degré d'alcoolisme chronique.

L'interrogatoire montre que le malade est lucide. Mémoire assez bien conservée. Se rend compte de sa situation. Est capable de résoudre des problèmes faciles. Mais, dès qu'on le questionne sur sa vie passée, il débite avec volubilité des récits fantastiques.

On lui demande à quelle occasion il a rencontré l'empereur d'Allemagne. « Ma foi, dit-il, j'étais marchand de bon-

bonnes et de bidons. Je rencontre dans un café quelqu'un qui me dit : « Je suis le roi Guillaume ». Je lui dis : « Oui » Je « l'avais reconnu pour l'avoir vu passer à l'enterrement de « Carnot, où il marchait à côté de Léopold. Il arrive à Paris « par la gare du Nord et il descend habituellement à l'Hôtel « des Voyageurs. Nous avons été ensemble prendre un verre « chez Rollinger. Il m'a dit : « Je voudrais acheter une ferme « en Auvergne. J'en donne un million. En Allemagne, on veut « se mettre en République. Si je le pouvais, je me ferais député « en France. » Je lui ai dit : « Ce n'est pas possible. En France, « il y a trop de rancune contre la guerre de 70 ». — « Alors « je vais tâcher de rester en Allemagne. Mais voilà, en Alle- « magne, il n'y a pas de pommes de terre », etc...

Avec la même verve intarissable, le malade raconte qu'il a vécu deux existences. Il serait né la première fois en 1789, serait mort à l'âge de 11 ans et demi. Après sa mort, il a été transporté au pays du Soleil, entre l'Italie et Messine. « Le Soleil, explique-t-il, est entre deux montagnes, comme mon pied est entre ces deux chaises. D'ailleurs le Soleil n'est pas nature. Il est très surfait. Ce n'est ni plus ni moins qu'un gros ballon. Le soir, il monte en l'air et on est obligé de le chauffer la nuit pour qu'il ne s'éteigne pas. J'ai vu cela de près. La terre non plus n'est pas ronde. On dit qu'il y a des antipodes, ce n'est pas vrai ; j'ai beaucoup voyagé et j'ai toujours marché les pieds en bas ».

Après sa mort, le malade prétend avoir également vécu dans un pays qui s'appelle la Sélibérie et qui est situé « à un million de kilomètres et derrière un nuage ».

Ce pays est habité par des personnes qui ont déjà vécu. « Le corps se comporte comme étant sur terre. Celui qui avait l'habitude de porter un chapeau haut de forme peut le garder, etc. »

Dans cette seconde existence, le malade dit avoir été « chef de marine et juge ». Il raconte, avec force détails, un procès qu'il a présidé. Des mineurs ayant été dépouillés de leurs biens en Savoie, il leur a accordé une indemnité de 43.000 fr.

Comme chef de marine, il a assisté à la « guerre d'Italie de 1848 ». « Nous venions du Soleil. Nous étions de passage. Nous avions laissé notre navire sur la côte. Nous avions pu voir la bataille de grand matin, etc... »

On lui demande s'il a eu connaissance de la récente catastrophe de Messine : « J'y suis été, répond-il. Il s'est fait un grand trou par où l'eau s'engouffrait. J'ai pris part au sauvetage. Victor-Emmanuel, quand je lui ai réclamé une commission pour avoir pompé l'eau, il m'a foutu en prison ».

On lui fait remarquer l'absurdité de ses propos : « Si, si ! c'est vrai ; je puis faire le signe de la croix ! » répond-il avec solennité.

Le malade est envoyé à Sainte-Anne avec le certificat suivant : « Débilité mentale. Alcoolisme chronique avec affaiblissement possible des facultés. Récits absurdes et incohérents de vie

antérieure, de résurrection, d'aventures extraordinaires, traversées dans cette double existence. Le malade affirme avoir été en relation avec le roi d'Italie, l'empereur d'Allemagne, etc.

« Délire d'imagination à projection rétrospective et dont les thèmes principaux sont répétés à peu près dans les mêmes termes, avec tendance à la fabulation extemporanée au cours des récits fantastiques. Déjà interné de juin 1910 à février 1911 Evadé de Vaucluse, le 7 février 1911 ». — Dupré.

Cette observation nous offre un curieux exemple de fabulation fantastique chez un débile, peut-être affaibli par l'alcoolisme chronique. Cette fabulation, remarquable par la volubilité du débit, la facilité de l'improvisation, le pittoresque de certains détails descriptifs, en même temps que la puérilité et la niaiserie des conceptions, présente, en outre, un caractère qu'on ne rencontre que rarement, semble-t-il, dans les délires d'interprétation ; elle se rapporte à peu près uniquement au passé ; les idées grandioses du malade n'influent en rien sur son activité présente. En dehors de toute opération logique, sans aucune arrière-pensée de démonstration, il raconte son roman comme une chose vécue, à titre de souvenir.

Cette fabulation n'est pas seulement étrangère au présent du malade, elle porte souvent sur un passé lointain, antérieur à la vie actuelle du malade. Elle apparaît comme un remarquable exemple de cette *mythomanie rétrograde* ou *fabulation anachronique*, ainsi dénommée par Sérieux et Capgras (1), et dont un cas avait déjà été rapporté par Morel (2).

Cette fabulation doit, à notre avis, être interprétée comme un délire d'imagination. Il convient cependant de réserver la part, non seulement possible mais probable, d'éléments qui ne relèvent pas, au moins directement, de la mythomanie délirante. C'est ainsi que la crédulité extrême de ce débile imaginatif peut l'avoir exposé à des mystifications dont il a été la dupe ; il est possible qu'un individu se soit présenté à lui comme étant l'empereur d'Allemagne, etc. ; mais on sait que, le plus souvent, cette

(1) Sérieux. Les Interprétateurs filiaux, p. 42, loc. lat.
(2) Morel. Traité des maladies mentales, p. 545.

aptitude à la suggestion et à la fabulation passive va de pair avec la disposition constitutionnelle à la fabulation active. On peut également songer à l'intervention possible, mais hypothétique de rêves morbides, dont le malade a peut-être conservé et amplifié le souvenir.

Dans tous les cas, l'activité fabulante du sujet ne fait pas de doute. Il n'en est pas de même de la sincérité. Cet homme, brocanteur, plus ou moins vagabond, raconte des histoires qu'il fabrique, ou, du moins, modifie extemporanément et qu'il débite avec complaisance et volubilité : son récit ressemble à la hâblerie d'un mythomane autant qu'à un délire d'imagination vrai. Mais ici, la fabulation ne portant que sur le passé, nous ne pouvons juger de la sincérité du malade par le retentissement de ses convictions sur ses actes : nous manquons de ce critère de l'action, si précieux pour exprimer le degré de certitude et de bonne foi des délirants. Mais l'invraisemblance même des thèmes imaginatifs, leur fixité relative, leur persistance au cours d'un épisode antérieur de dépression mélancolique, sont autant de raisons qui permettent d'accepter comme à peu près sincères les récits du malade. La débilité mentale profonde du sujet, peu capable d'établir une démarcation tranchée entre la vérité et l'erreur, achève de classer ce cas comme un fait de mythomanie, situé aux limites du mensonge et du délire. Cette observation nous donne enfin l'occasion d'affirmer, une fois de plus, l'identité foncière du processus du mensonge intentionnel et de la mythomanie délirante, souvent confondus dans un complexus inextricable, et totalement impossibles à distinguer l'un de l'autre dans la pratique.

En présence de cas intermédiaires entre la mythomanie et la simulation intentionnelle, la conscience des médecins non spécialisés, et surtout des magistrats, hésite et s'inquiète devant ce problème mal posé : le sujet est-il un simulateur ou un malade ? De tels sujets sont presque toujours simulateurs et délirants en même temps et pour les mêmes raisons. Outre que le mensonge peut devenir, en s'imposant à la croyance du menteur, une affirmation sin-

cère, la fabulation n'est apparue dans l'esprit de ces sujets qu'en vertu de prédispositions à ce mode imaginatif de l'activité intellectuelle. Le problème ne consiste donc pas essentielement à doser l'influence de la conscience et de la volonté dans la genèse de la fabulation, mais à considérer celle-ci, dans les cas mixtes et douteux, comme le produit de deux facteurs : la supercherie consciente et volontaire, d'une part, et le délire d'imagination, d'autre part. En pareille occurrence, apprécier le rôle respectif, dans la psychogenèse de la fabulation, de la volonté consciente et de l'automatisme morbide est une tâche impossible ; et c'est précisément l'étude de ces cas complexes que la notion de la mythomanie éclaire, en montrant l'association fréquente et étroite, dans la réalité, de ces éléments de mensonge et de délire, en apparence inconciliables et même contradictoires.

Voici enfin l'observation d'un mythomane délirant, à la fois persécuté et mégalomane, appartenant à cette catégorie si curieuse et si pittoresque des *vagabonds* chroniques, qui vivent perpétuellement en marge de la société, et dont la personnalité errante et mystérieuse est si difficile à pénétrer dans ses origines, son identité et sa formule pathologique :

Observation. — B..., se disant herboriste, cinquante-quatre ans, transféré à l'infirmerie, le 20 mai 1905, venant de la Conciergerie, où il était en appel d'une condamnation pour vagabondage et outrages aux agents.

Grand, maigre, pâle, la barbe et les cheveux incultes, les vêtements déchirés, dont les lambeaux apparaissent retenus par des ficelles, le sujet nous expose, en un débit rapide et avec une mimique exubérante, la succession de ses aventures au cours de son existence errante et singulière.

Il est nomade et vit surtout dans les bois, où il ramasse des plantes qu'il va vendre au marché dans les villes avoisinantes. Vagabond, mendiant, voleur à l'occasion, ainsi qu'en témoigne son dossier judiciaire, il vit en solitaire et, selon son expression, en philosophe. Il avait établi son quartier général dans la forêt de Montmorency, où, ayant provoqué la méfiance des habitants du voisinage et l'intervention réitérée des gendarmes et des autorités, il avait fini par concevoir des idées de persécution contre un maire, un juge de paix et un châtelain des environs. Il est impossible de savoir la vérité sur son passé;

car, à toutes les questions, B... répond par des propos à côté, des récits compliqués, des histoires invraisemblables, dans lesquelles, héros ou victime, il joue toujours le premier rôle.

Sa naissance est déjà un événement extraordinaire. Il est né en 1851, le 15 avril, un mardi, à deux heures trente-deux du matin. Le médecin prédit qu'il serait un phénomène; aussitôt, en effet, le nouveau-né se sauva dans le jardin, après avoir bu un verre de vin. A l'école il était plus fort que le chef de pension, etc... Placé d'abord comme domestique, il a fait un peu tous les métiers, souvent changé de maître, parce que tout le monde désirait l'avoir, et qu'il était fort, beau garçon, etc...

En 1870, il quitte sa famille, qu'il n'a jamais revue, et commence alors une odyssée dont les aventures défient toute description. C'est en Espagne qu'il s'est livré à l'étude des plantes et de leurs propriétés ; il gagnait sa vie à vendre des herbes et des fleurs qu'il cueillait dans les forêts : « Je suis herboriste, dit-il. Je connais toutes les plantes; on me demandait celles qui guérissent, je les apportais, quelquefois je les appliquais moi-même et le mal s'en allait ».

B... se vante d'y voir la nuit comme le jour, de n'éprouver jamais le besoin de dormir, de marcher sans jamais s'arrêter, d'ignorer la fatigue. Il a plus de mille fois plongé pour chercher au fond de l'eau les pièces d'argent que jetaient les passants sur sa demande.

Outre ces histoires, simples produits de la hâblerie vaniteuse d'un débile, B... s'égare souvent dans une fabulation fantastique, au cours de laquelle il exprime soit des idées de négation et d'immortalité (il n'a plus de rate, plus de poumon, il ne mourra jamais si on ne le tue pas), soit des idées de persécution, soit enfin des idées de vie antérieure et de résurrection; il a vécu une première fois pendant cent quarante-neuf années en Palestine, à Jérusalem, à Nazareth, à Bethléem; il aurait été, comme pèlerin, inhumé en Terre sainte; il aurait voyagé en France et connu J.-J. Rousseau, etc.

Il nous a remis, sous le titre de la *Vie d'un célibataire*, la relation d'une partie de ses aventures en un manuscrit dont le style et la graphologie dénotent l'ignorance et la naïveté, en même temps que le désordre intellectuel et l'exaltation imaginative de son auteur.

Lorsque l'imagination du sujet aboutit à la production de faits extérieurs, d'œuvres, qui constituent pour lui le témoignage palpable de ses facultés créatrices, le délire peut se systématiser avec plus de ténacité et d'apparence logique. Tel est le cas des inventeurs (1). Ils conçoivent des élucubrations plus ou moins absurdes, dont ils sont les

(1) DELARRAS. Délire de l'inventeur (Thèse de Bordeaux, 1903).

premières dupes ; et ces soi-disant inventions deviennent, pour eux, le fait objectif qui motive et légitime leurs prétentions. Dans cette situation pathologique complexe où un produit de l'activité imaginative démontre, aux yeux du malade, par voie d'interprétation secondaire, le bien-fondé de sa thèse, on constate un terme de passage ou plutôt une combinaison entre les deux ordres, imaginatif ou interprétatif, d'activité délirante. Souvent aussi, ces malades deviennent, par une évolution classique, des méconnus, des persécutés, des quérulents et des revendicateurs.

Le processus psychologique normal de l'invention, de la création scientifique aboutit à la découverte de rapports nouveaux, établis par l'imagination et le raisonnement, entre des faits réels et bien observés. Le délire d'invention au contraire, aboutit à l'erreur et à des conceptions chimériques, parce que l'imagination prend le pas sur l'observation et le raisonnement. Les malades procèdent fréquemment, selon leurs propres expressions, par intuition, par inspiration, par illumination.

Le délire d'invention intervient souvent, nous l'avons déjà dit, à titre épisodique, dans la mythomanie délirante. C'est d'ailleurs, le plus souvent, en fabulateur que l'inventeur pathologique réagit à l'idée de sa découverte : on sait avec quelle facilité il bâtit, avec les gains merveilleux de son invention, des châteaux en Espagne. Sa famille, parfois, s'associe à ses conceptions fantastiques et jouit à l'avance, en imagination, de la vie de richesse et de bonheur qu'on lui fait entrevoir.

Nous relatons ici un délire d'invention, de nature imaginative, observé chez un jeune débile épileptique, atteint de basedowisme fruste.

Observation. — J. W... (1), dix-sept ans. Père alcoolique. Mère débile : trois fausses couches, dont une trigémellaire ; un frère arriéré, né à sept mois et demi. Marche à deux ans, parole à quatre ans. Nombreuses maladies infantiles. Strabisme, myopie extrême, épilepsie convulsive depuis l'âge de quatre ans, bégayement à la même époque. Caractère calme, studieux, soli-

(1) Observation extraite d'un rapport médico-légal de l'un de nous.

taire, timide. A seize ans, brevet de l'école complémentaire de commerce. Successivement comptable et photographe.

Taille et proportions très exiguës. Exophtalmie très prononcée. Corps thyroïde volumineux, pouls 112. Tremblement digital menu, mais intermittent, soumis, dans ses variations, à l'état de l'émotivité et affectant, à certains moments, les lèvres, la langue et tout le membre supérieur, et exagérant le bégayement. Timbre puéril de la voix. Maniérisme, allures bizarres, gestes contournés. Crises de somnambulisme nocturne.

Orgueil, méfiance, lacune et déviation du jugement : constitution paranoïaque.

En octobre 1908, le jeune sujet, sous l'influence de troubles mentaux et d'une impulsion épileptique, égorge une jeune bonne au service d'amis de sa famille. Inconscience et amnésie secondaire ; ni viol : victime vierge; ni vol dans l'appartement : aucun mobile du crime saisissable. Expertise : non-lieu; internement.

Dès l'âge de douze ans, J. W... ne cessait au domicile paternel, de se livrer à des travaux multiples, à l'occasion desquels il s'isolait dans sa chambre et son laboratoire, et s'attachait à la poursuite d'inventions de première importance, dans l'ordre d'appareils de guerre destinés à l'attaque ou à la défense. Ses parents, à la fois flattés et intrigués d'une telle attitude, le considéraient comme un garçon supérieur.

W... m'a communiqué les ébauches de ses plans, et le travail préparatoire de ses inventions, consignés dans de nombreux cahiers scolaires. Ces manuscrits sont remplis de dessins, de calculs, de schémas, de notes et de brouillons d'études, qui représentent autant de projets d'exécution des appareils qu'il a imaginés. Les plus importants de ces appareils sont : d'abord un grand sous-marin, à la construction duquel il applique pour la première fois les turbines et qui différera des autres types connus par nombre de détails nouveaux, des dimensions et une vitesse bien supérieures; ensuite, un pistolet à acide prussique se chargeant à l'air comprimé et projetant des globules d'acide cyanhydrique, destinés à se pulvériser au contact des corps, à décomposer les tissus et à causer une mort instantanée; une cuirasse particulièrement efficace, des torpilles offensives et défensives, des projecteurs, des appareils électriques, etc... Lorsqu'on demande à W... dans quel dessein il travaille si ardemment à ces inventions, il répond, avec beaucoup de mystère et de réticences, qu'il est au service d'une société secrète, d'origine hindoue, qui siège à Paris, et dont la devise se résume dans les initiales A.M.D.G., devise connue de l'ordre des Jésuites, mais qui est celle de la Société, sur le compte de laquelle il refuse de donner aucune autre explication. Cette société, semble, dans son esprit, dirigée contre l'Angleterre. « Nous sommes, dit-il, menacés par l'Angleterre... » Comme je lui objecte l'existence de l'Entente Cordiale, il me répond avec hauteur et ironie : « Qui vous dit que nous sommes

au service de la France ? » Il a soumis au grand Conseil ses idées et ses plans, qui ont été approuvés par des ingénieurs compétents. Il pense toucher 200 à 300 francs par mois et plusieurs milliers de francs lors de la livraison du sous-marin.

Cette société opère dans le plus grand mystère; car elle a de nombreux ennemis et, lui-même, W..., se méfie des manœuvres hostiles qu'on a plusieurs fois tenté d'opposer à la réalisation de ses projets. Ainsi s'expliquent sa réserve et son silence.

W... convient, dans la conversation, qu'il est particulièrement doué sous le rapport des aptitudes scientifiques et inventives, et prend au sérieux son rôle d'inventeur génial et précoce.

Il était arrivé à faire partager à ses parents, sinon toutes ses espérances, du moins une partie de ses projets et de ses ambitions. Cependant, sa mère nous confesse qu'à certains moments il racontait des choses qui paraissaient impossibles, qu'il ne parlait que par centaines de milliers de francs, qu'il semblait être drôle et qu'il donnait l'impression de vivre dans le rêve et de construire, comme on dit, des châteaux en Espagne.

Au milieu de ses préoccupations et de ses travaux, le jeune homme menait une vie rangée et austère, et ne s'est jamais adonné à la boisson.

Il est intéressant d'ajouter que ce sujet, dont les aptitudes imaginatives sont évidentes, a donné une nouvelle preuve de sa constitution mythopathique, lors des premiers interrogatoires judiciaires relatifs aux mobiles de l'assassinat. A la suite de son acte, dans l'impossibilité de se rendre compte de sa conduite, il en a fourni, en partie spontanément, en partie sous l'influence de suggestions étrangères, des explications contradictoires et que l'enquête a démontrées fausses. Il est d'ailleurs revenu lui-même sur ses versions primitives et a déclaré que son acte lui paraissait tout à fait incompréhensible. Il a prétendu tout d'abord que sa victime était sa maîtresse et déposé : « Comme je voulais l'entraîner vers la chambre à coucher, elle s'est refusée à y aller, m'a prié de cesser auprès d'elle mes assiduités et m'a dit qu'elle avait pris un autre amant. C'est alors que, furieux, je l'ai frappée dans l'antichambre, sans bien me rendre compte de mon acte. J'étais affolé par la jalousie ». Une autre fois, il a prétendu avoir voulu voler de l'argent ou des objets dans l'appartement où il avait assassiné la domestique.

Or, par toute une série de preuves qu'il serait trop long d'exposer ici, il a été établi que le crime a été commis par un épileptique sous l'influence directe de l'impulsion épileptique, avec inconscience et amnésie. C'est là un exemple instructif de l'intervention, chez un mythomane, d'une *fabulation complémentaire* et d'ailleurs fort compromettante pour le sujet, destinée *à combler les lacunes de la mémoire* relatives aux faits de la crise comitiale.

En dehors des délires d'imagination chroniques, dont

nous venons de rapporter quelques exemples, la mythomanie délirante peut se manifester à titre de syndrome plus ou moins épisodique, de préférence chez les débiles. Les *bouffées délirantes des débiles* revêtent souvent la forme du délire d'imagination. Ces délires sont niais, puérils, absurdes, polymorphes, et simulent parfois de près ceux de la paralysie générale (1). Très pauvres en interprétations, souvent exempts d'hallucinations, ces délires s'expriment en idées de persécution, d'hypocondrie et surtout de grandeur : dans ce dernier cas, les malades émettent souvent des idées absurdes et fantastiques d'invention, de réforme et de rénovation sociale. Chez ces sujets, on observe, portée à son degré extrême, cette suggestibilité qui est un des caractères majeurs de la mythomanie.

Nous résumons, dans les lignes suivantes, comme appartenant au délire d'imagination, une observation que Magnan cite comme un exemple typique de délire polymorphe épisodique chez un débile.

Observation (1). — N..., âgé de quarante-cinq ans. Entre à l'Asile à la suite d'un scandale qu'il avait fait sur la voie publique en représentant à sa façon des scènes guerrières.

C'est un enfant naturel; mais son père, dit-il, devait être un homme d'importance, car il venait le voir en nourrice dans une voiture à deux chevaux. Il apprit l'état de sabotier, puis partit faire son tour de France. Il vécut ainsi, voyageant beaucoup, plutôt vagabond, incapable de se livrer à un travail suivi et de se fixer dans une localité déterminée. Son entourage abusait de la simplicité de son esprit. On lui conseilla un jour d'aller à Lourdes boire de l'eau miraculeuse. Il y va, visite la grotte, et tout tremblant d'émotion, avale coup sur coup plusieurs gobelets d'eau. Dès le lendemain, l'eau bénite fait son effet : il se sent devenir artiste et se met à composer des poésies. Il recommence à mener sa vie vagabonde d'autrefois. L'idée lui vient de mettre à profit son talent d'artiste. Il donne des représentations dans les cafés et dans les rues. Il imite l'homme des bois et les grimaces des singes. Il excelle pardessus tout dans la représentation des faits d'armes du temps passé. Il mime les grandes scènes de la Révolution, personnifie Marceau, Desaix, etc...; représente à lui seul, le passage du pont d'Arcole, etc... Dans une page enrichie de dessins

(1) Cf. Arnaud et G. Ballet. Traité de pathologie mentale, p. 488, Magnan. Leçons cliniques, 1893.

(1) Magnan. Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1893, p. 185.

étranges, N... nous a expliqué une partie de son existence et ce fait capital qu'il est devenu artiste après avoir bu de l'eau de Lourdes.

Depuis son entrée dans le service, il a rempli de nombreuses feuilles de papier de ses dessins, de ses poésies ou de ses écrits. Il va prochainement devenir peintre. Par moments, il se dit prophète, etc...

Dans son livre sur *La Folie à Paris*, Garnier cite une observation de délire polymorphe des dégénérés, qui, entièrement exempte d'interprétations et d'hallucinations, nous paraît également relever du délire d'imagination (1).

Il s'agit d'un débile de quarante-cinq ans, terrassier, qui avait lancé dans l'hémicycle de la Chambre des Députés une « adresse aux représentants », où il demandait l'autorisation de transformer le territoire français d'après le plan suivant, dont il était l'auteur: « Aplanir les montagnes, combler les rivières, diviser la France par carrés analogues, d'un kilomètre de superficie, établir des voies ferrées droites sur l'axe, d'une extrémité à l'autre du territoire, etc... » Il a lu J.-J. Rousseau. Cela lui a donné de grandes idées. Il ne voit que nivellement. La France ne sera qu'un vaste damier, de 581.000 carrés, etc... « Celui qui dépassera mes idées, dit-il en se frottant les mains, n'est pas né, et sa mère est morte ». On lui élèvera une statue, où il sera représenté dans la pose de la liberté éclairant le monde.

Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer un débile suggestible et imaginatif, qui a présenté plusieurs bouffées d'un délire de grandeur, à thème également politique.

B..., quarante-sept ans. Conduit à l'Infirmerie spéciale en juin 1910, parce qu'il s'est rendu au Ministère de l'Intérieur, pour protester contre l'élection du député de sa circonscription qui, dit-il, a usurpé sa place. Déjà interné il y a cinq ans pour des accidents analogues.

Le malade, avec une satisfaction puérile, raconte qu'il vient d'être élu député de son pays. Il a fait campagne pour sa candidature, prononcé des discours dans des réunions publiques. Il développe avec fierté les différents points du programme électoral qu'il a fait imprimer et afficher et dont il distribue des exemplaires.

Voici un extrait de ce programme :

« Electeurs chéris,

«Aussitôt que vous m'aurez fait nommer, je ferai aboutir les projets suivants :

(1) P. Garnier. La Folie à Paris, p. 220.

« Les localités trop élevées seront reliées à la plaine par un câble aérien, pour descendre les gens et les marchandises.

« Chaque commune devra installer des jardins et promenades publiques pour les rendez-vous des amoureux.

« Aux commerçants gênés, je fournirai ma machine à refouler les créanciers.

« Les indigents voyageront gratuitement dans tous les trains, dans un wagon spécial : pour rendre service à la compagnie, ils descendront à chaque station pour transporter les colis.

« Les routes seront goudronnées et passées au ripolin, et les ponts seront en bois cintré très durs et capitonnés, etc... »

Cette observation est un exemple instructif de la coexistence, si souvent constatée en clinique, de la crédulité et de la mythomanie délirante. Ce débile déséquilibré, qui conçoit des ambitions disproportionnées avec la faiblesse de ses ressources psychiques, est victime des plaisanteries de ses concitoyens qui, pour se divertir aux dépens de sa naïveté, entretiennent son délire ; mais il est dupe également des fables que son activité invente pour la satisfaction de sa vanité puérile. Incapable de discernement et de critique, il accepte aussi facilement les suggestions d'un entourage ironique que les chimères d'une imagination complaisante. Même lorsque l'idée n'est pas apparue spontanément dans son esprit, il la fait sienne aussitôt, en dehors de tout contrôle objectif et de tout raisonnement ; et l'imagination créatrice, s'emparant du thème suggéré, le prend à son compte, le développe et l'enrichit.

Parfois, les bouffées de délire imaginatif sont observées chez des sujets non débiles. Elles présentent alors des caractères spéciaux. Le malade s'abandonne plus ou moins volontairement à des sortes de rêveries qui, jusqu'à un certain degré, sont accompagnées de croyances et de passage à l'acte. Bonhœffer (1) a insisté sur ces bouffées imaginatives, qu'il juge « caractéristiques de la dégénérescence mentale ». A côté d'obsessions que le malade s'efforce de repousser, apparaissent des *conceptions imaginatives fixes et prévalentes*, auxquelles le sujet se complaît. Un malade

(1) Bonhœffer. Ueber den pathologischen Einfall. Ein Beitrag zur Symptomatologie der Degenerations. Zustænde. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1904, n° 49, Band. II).

achète un fusil en vue de chasses imaginaires, il visite et marchande, avec le plus grand sérieux, de riches propriétés qu'il lui est tout à fait impossible d'acheter... Une jeune femme se croit fiancée : elle échange une correspondance avec un fiancé imaginaire, s'écrivant à elle-même des lettres passionnées, etc..., etc...

Il s'agit, dit l'auteur, de *représentations* très vives, avec impulsion à l'acte particulièrement intense. Ces états psychopathiques évoluent *par accès*.

Ces observations de Bonhœffer, ainsi que quelques autres du même auteur, paraissent relatives à des faits intermédiaires entre les obsessions imaginatives proprement dites, conscientes, et les délires avec abolition de la critique. De tels cas ne sont pas exceptionnels chez les jeunes gens doués d'une vive sensibilité et d'une imagination romanesque : mais, d'après notre expérience, le sujet n'est pas dupe du roman qu'il poursuit platoniquement, durant une période variable et parfois prolongée.

La mythomanie délirante peut encore se manifester, non plus en tant que syndrome isolé et en quelque sorte essentiel, mais à titre d'appoint imaginatif, associé ou symptomatique.

Sans paraître au premier plan de la scène morbide, les processus délirants, d'ordre imaginatif, interviennent fréquemment au cours des psychoses les plus diverses.

Ainsi, dans le délire d'interprétation le mieux caractérisé, il est rare qu'on ne puisse saisir, au moins épisodiquement, quelques affirmations entièrement dépourvues de fondement objectif ; en outre, les interprétants, comme les imaginatifs, ne reculent pas devant un mensonge conscient ou volontaire, qu'ils jugent indispensable au triomphe d'une cause légitime.

Le *délire de revendication* qui représente la réaction d'un caractère à une idée morbide, plutôt qu'une espèce nosologique particulière, est souvent constitué par un mélange d'interprétations erronées et de conceptions imaginatives ; tel est le cas de certains inventeurs.

On voit fréquemment, au cours de l'évolution d'un délire, le malade se présenter tour à tour comme un interprétant et comme un imaginatif. En règle générale, il semble que le processus interprétatif soit plutôt lié à l'expression des idées de persécution, et que le processus imaginatif soit plutôt en rapport avec l'expression des idées de grandeur. La méfiance du persécuté l'incline à croire que la cause de ses misères est en dehors de lui-même, dans la pensée et les intentions d'autrui : de là cette attitude expectante et observatrice de l'homme qui se tient sur ses gardes et pour qui la plupart des événements apparaissent comme le résultat et l'indice de l'hostilité d'autrui. Le mégalomane, au contraire, voit en lui-même les causes de sa grandeur. Le persécuté déchiffrait, en quelque sorte, son délire dans le monde extérieur ; le mégalomane l'affirme d'emblée comme une vérité et le proclame sans autre besoin de preuve.

En étudiant les rapports des délires imaginatifs et des *délires hallucinatoires*, nous devons nous demander dans quelle mesure les troubles d'ordre exclusivement imaginatif peuvent s'adjoindre aux troubles de la perception. Les malades décrivent fréquemment, comme des perceptions, des événements qui relèvent de la fabulation plus ou moins extemporanée. Nous avons dit déjà que les imaginatifs, en racontant, comme réels et vécus, les épisodes de leur délire, emploient avec prédilection des expressions telles que : « J'ai vu ; j'ai entendu ». La fabulation peut donc faire croire à l'existence d'hallucinations. C'est ainsi que beaucoup des prétendues hallucinations des paralytiques généraux sont imputables à la fabulation extemporanée. Dans les psychoses incontestablement hallucinatoires, il arrive aussi très souvent, comme y insiste Séglas, que le thèse hallucinatoire soit considérablement amplifié par le malade, lorsqu'il raconte ses hallucinations. Il peut alors remplacer des mots par des phrases, des phrases par des discours tout entiers. Ces harangues hallucinatoires sont toujours très suspectes de fabulation, au moins complémentaire.

Lorsqu'il est *symptomatique*, le délire d'imagination intervient au cours d'états psychopathiques très variés.

Au cours des *obsessions*, les malades puisent assez souvent dans leur imagination l'objet de leur anxiété. Telle malade bâtit un roman d'adultère, qu'elle craint ensuite d'avoir réellement vécu : l'intensité de l'angoisse et la vivacité du processus imaginatif s'exagèrent réciproquement.

Nous empruntons à Séglas (1) l'observation d'une obsédée dont l'anxiété se manifeste à l'occasion de fictions et de rêves, auxquels, dans une sorte d'état onirique, la malade finit par ajouter foi : l'obsession imaginative se transforme ainsi en délire d'imagination.

Observation. — Mme L..., cinquante et un ans, a eu, depuis l'âge de quatorze ans, des obsessions diverses qui, depuis, n'ont toujours fait que croître en intensité et en fréquence. C'était surtout des obsessions de doute multiples, parmi lesquelles figurait, au premier plan, depuis son mariage, la crainte de tromper ou d'avoir trompé son mari, malgré elle...

Depuis une quinzaine d'années, ces obsessions, qui se présentaient jusque-là sous la forme classique, se sont quelque peu modifiées. Souvent, les interrogations que se pose la malade font place à une certitude, par une sorte de confusion entre le souvenir du fait réel qui reste incertain et les associations d'idées qu'il éveille actuellement. L'événement qu'elle redoute se précise ainsi petit à petit et devient si net dans son esprit qu'elle se le représente comme elle pourrait se représenter une chose qui serait réellement arrivée. Cela est tellement net qu'elle ne doute plus et finit par affirmer : « Je me souviens ! » Quelques jours après la crise, elle juge sainement les choses et se dit : « Suis-je bête (*sic*) d'avoir eu ces idées ! » Ce qui ne l'empêche pas d'être reprise par d'autres toutes semblables.

Cela a encore duré ainsi un certain temps. Mais, depuis deux ans, les faux souvenirs, à force de répétition, ont fini par acquérir la précision des souvenirs réels et par ne plus être appréciés, à aucun moment, à leur juste valeur. De plus, ils se soutiennent et s'enchaînent les uns aux autres, et se relient également à des rêves hypnagogiques, représentant à la malade tous les faits qu'elle redoute d'avoir accomplis.

Elle rêve ainsi qu'elle se relève la nuit, sans prendre à peine le temps de se vêtir, pour descendre se livrer dans la rue au premier venu. Elle voit son complice, entend la voix des passants, ressent le froid de la nuit sur les épaules, éprouve des sensations génitales suivies au réveil d'un sentiment de fati-

(1) Séglas. L'évolution des obsessions et leur passage au délire. (Congrès des Aliénistes de Grenoble, août 1902).

gue... Ces rêves, qui se renouvellent la nuit, persistent dans la veille. Mme L... en arrive ainsi à se créer rétrospectivement une existence tout imaginaire de véritable prostituée. Elle décrit toutes les scènes érotiques qu'elle aurait accomplies, les revoit dans son imagination, en retrace les principaux détails d'une façon aussi précise que si elles avaient réellement eu lieu. Aussi son doute n'existe-t-il plus à proprement parler. « Car, dit-elle, comment pourrais-je me représenter tout cela, si je ne l'avais pas réellement fait ! Je ne rêve pas, allez, je me souviens ! »

Chez les *pervertis sexuels* et les *érotomanes* (1), les obsessions ou les idées prévalentes peuvent s'accompagner d'une fabulation très active, avec représentation des scènes érotiques, ou invention d'épisodes romanesques. Les érotomanes sont particulièrement enclins à des rêveries poétiques, à des fictions extravagantes.

Dans les *états expansifs et dépressifs*, l'état affectif s'exprime souvent par un délire d'imagination. Dans les états de dépression, l'activité créatrice est, le plus souvent, inhibée. Toutefois, chez certains déprimés *autoaccusateurs*, le roman pathologique témoigne d'une grande richesse imaginative et a pu parfois en imposer aux magistrats eux-mêmes. Les autoaccusations de ces malades, le récit de leurs fautes passées ou la description de leurs supplices futurs, sont souvent remarquables par l'abondance et la précision des détails. En somme, le délire mélancolique se présente souvent comme un délire d'imagination, comportant le maximum de croyance et de sincérité de la part du malade, et dans la genèse duquel n'intervient qu'un minimum d'éléments de perception ou de raisonnement.

J'ai dit, à propos de la pathogénie du délire mélancolique, que, « tandis que, chez l'individu normal, c'est la faute qui engendre le remords, chez le mélancolique c'est le remords qui engendre l'idée de la faute ». On voit ici la mise en jeu directe de l'imagination créatrice par le trouble du sentiment.

Dans les états de grande *agitation maniaque*, la suite des images et l'enchaînement des idées sont trop troublés par l'accélération psychique pour permettre l'édification

(1) PORTEMER. Les érotomanes. (Thèse Paris 1902).

du délire ; au contraire, dans les états *hypomaniaques*, l'excitation psychique est souvent compatible avec la sériation logique des éléments de l'activité intellectuelle. On peut alors, chez certains sujets, observer une forme imaginative de l'hypomanie, dans laquelle l'effervescence des idées se manifeste par le débit de fables et l'invention de romans plus ou moins riches et bien agencés. Il s'agit, dans ce cas, le plus souvent, comme l'ont judicieusement noté Deny et Camus (1), de mythomanes, dont les aptitudes constitutionnelles sont mises en jeu par la manie intercurrente.

Chez certains maniaques, la réaction morbide de l'imagination peut revêtir une forme particulière, caractérisée par une régression de la personnalité à un stade antérieur de son évolution et souvent au stade infantile. Ainsi se réalise le tableau clinique du puérilisme. J'ai publié, avec J. Tarrius (2), une observation typique dans laquelle, au cours de la phase maniaque d'un accès à double forme, une fille de trente ans offrit, pendant quatre mois, la série concordante des manifestations affectives, intellectuelles, mimiques et verbales du puérilisme. Au cours de ce syndrome, la malade présenta des phénomènes de glossolalie, où l'on retrouve, à l'origine de ce langage improvisé, l'activité créatrice de l'imagination.

En dehors des cas où il est lié à la débilité mentale, avec ou sans infantilisme, le puérilisme apparaît, au cours des psychoses et des démences, comme un trouble de nature imaginative, en vertu duquel, par une sorte de jeu systématique de l'esprit, le malade adopte le rôle de l'enfant et conforme ses sentiments, ses attitudes, ses actes et son langage à ceux du personnage qu'il représente.

Au cours de certaines *excitations ébrieuses* (alcool, haschich, opium, etc...) la rêverie toxique suscite des scènes fictives, des *paradis artificiels*, qui sont de nature imaginative.

(1) DENY et CAMUS. Folie dépressive, 1907.

(2) DUPRÉ et JEAN TARRIUS Puérilisme chez une maniaque. (*L'Encéphale*, juin 1911).

Dans les états si variés et si complexes que l'on désigne sous le nom de *confusion mentale*, le délire de rêve, ou onirisme, surtout dans les cas aigus, est d'ordre hallucinatoire, et non, à proprement parler, imaginatif. Aussi, est-ce surtout dans les cas de *confusion légère*, tendant ou non à la chronicité, que la fabulation se donne libre cours. L'alcoolique atteint de delirium tremens rêve bien plus qu'il ne fabule. Mais si l'état morbide, d'emblée, ou plus souvent à son déclin, se traduit par le syndrome de Korsakoff, alors, la confusion étant d'ordinaire moins aiguë et moins profonde, l'automatisme peut s'exercer sur le mode de la fabulation et aboutir à un véritable délire d'imagination. L'activité créatrice du sujet reprend, en les enrichissant, les éléments du rêve toxique ou construit de toutes pièces un délire nouveau. Par une dégradation progressive, *au rêve hallucinatoire a succédé la rêverie fabulante*. Dans des cas assez fréquents, qu'il ne faut pas confondre avec les processus post-oniriques, l'idée délirante imaginative éclôt d'emblée. Même lorsque le malade paraît, avec netteté, raconter le souvenir d'un rêve, on peut parfois, par l'étude attentive et continue des accidents, surtout si on les observe dès le début, s'assurer que, ni au moment où le sujet reporte dans le passé la scène fantastique, ni à aucun autre moment, il *n'a pu rêver* les péripéties de son délire : il les improvise entièrement au cours de l'interrogatoire, parfois au gré de la suggestion étrangère. Tel malade qui s'accuse d'avoir, le matin même, commis un meurtre, n'a donné à ce moment précis aucun signe d'émotion ni présenté aucun trouble hallucinatoire. Il semble bien qu'en pareil cas le récit fantastique, raconté par le malade comme le souvenir d'une scène vécue, jaillisse spontanément d'une fabulation immédiate.

Les autoaccusations des alcooliques, parfois si détaillées et si précises, si vraisemblables même, peuvent être invoquées comme des exemples frappants de mythomanie délirante, d'origine toxique, avec ou sans hallucinations.

Parmi les *démences*, ce sont surtout les démences avec euphorie et excitation intellectuelle plus ou moins accusée,

qui favorisent l'éclosion des délires d'imagination. Dans la *démence sénile*, qui s'accompagne fréquemment d'un léger degré d'euphorie (1), se révèle parfois un état mythopathique, souvent constitutionnel, qui marque, par certains côtés, un retour de l'imagination au psychisme de l'enfance. La trame de la fabulation est, le plus souvent, formée essentiellement par les souvenirs anciens, les mieux conservés. Il s'agit alors de *fabulation paramnésique*. Le *puérilisme* se manifeste fréquemment comme une modalité de cette fabulation paramnésique. C'est ce syndrome de la fabulation reliée à l'amnésie de fixation, syndrome commun aux états confusionnels et démentiels, qui confère à la *Presbyophrénie* (2) de Kahlbaum son principal intérêt nosologique et clinique. Mignard a rapporté un cas très intéressant de délire d'imagination chez un dément sénile presbyophrénique. L'auteur conclut en ces termes : « Il semble que son délire, dans ses grandes lignes, n'est basé ni sur des hallucinations, ni sur des interprétations : c'est une sorte de rêve facile, de jeu de l'imagination, où le malade se complaît ».

Dans les lésions organiques du cerveau, ramollissement, tumeurs (3), abcès (4), dans certaines lésions à prédominance médullaire, telles que la sclérose en plaques, des troubles de l'imagination peuvent se manifester, notamment sous la forme de délire ecmnésique et de puérilisme.

Nous rapportons ici un cas de délire d'imagination presbyophrénique, chez un dément artérioscléreux.

Y..., soixante-deux ans, homme de lettres et historien, entre à l'asile le 7 avril 1910.

Antécédents : grand-mère paternelle : idées de persécution, dans la vieillesse. Oncle mort à soixante-neuf ans dans une maison de santé. Père mort dément sénile. Mère morte jeune, tuberculeuse. Une fille bien portante.

Syphilis à vingt ans. Caractère toujours emporté et violent.

(1) Mignard. La joie passive. Alcan 1905.

(2) Devaux et Logre. Amnésie et fabulation. Etude du syndrome « presbyophrénique ». (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1911).

(3) Dupré et Devaux. Tumeur cérébrale (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1901.)

(4) Dupré. Le puérilisme. (Congrès de Bruxelles, 1903).

Excès éthyliques anciens. Vie de surmenage mondain et de travail intellectuel.

Début. Les troubles ont apparu à la suite d'un choc moral, il y a environ trois ans. Plusieurs mois de tristesse, d'abattement avec préoccupations hypocondriaques, suivis de quelques mois d'excitation légère. Puis, troubles de la mémoire, égarement dans les rues, désorientation, loquacité, insomnie, instabilité, excitation agressive contre l'entourage, violences. Le malade prétend assister à des batailles.

Etat actuel. Maigre, pâle, les cheveux et la barbe tout blancs, d'aspect beaucoup plus vieux que son âge, le visage fatigué, la démarche incertaine, le malade présente les signes physiques de l'athérome artériel généralisé. Affaiblissement musculaire diffus marqué surtout dans les membres inférieurs qui fléchissent et chancellent. Réflexes tendineux exagérés, pas de Romberg ni de Babinski. Pupilles égales, légèrement déformées, un peu lentes dans leur réaction à la lumière. Gérontoxon. Polyurie légère sans sucre ni albumine. Parole par moment un peu tremblante et hésitante, sans accroc ni bredouillement.

Résumé de l'état mental. Légère excitation, tendance à la satisfaction et à l'euphorie, affabilité, bienveillance, troubles marqués de la mémoire de fixation et d'évocation; fausses reconnaissances. Le malade se croit tantôt à Saint-Pétersbourg, tantôt à la campagne, etc... Idées très vagues et très inconsistantes de persécution, d'hypocondrie et parfois de grandeur.

Le symptôme le plus important du tableau clinique est constitué par une fabulation incessante, très variée, presque toujours relative à des faits de guerre et à des récits de batailles. Dès qu'on l'aborde, la malade vous raconte spontanément, avec l'accent et la mimique d'une conviction sincère, des histoires toujours nouvelles et absolument fantastiques :

« Docteur, je n'ai plus rien à faire en Russie, j'ai vu le ministre, je veux partir par le premier train, mais je manque d'argent pour le voyage. J'ai eu le tort, ce matin, de confier à un banquier du pays, dont j'ai reçu la visite, les 6.000 francs que j'avais sur moi, sur la promesse qu'il me servirait 8 p. 100 d'intérêt. Ce banquier n'a pas reparu : je vais le faire poursuivre, et je viens, à cet effet, à l'instant même, de voir le commissaire de police ».

Un autre jour, sur cette demande : « Comment avez-vous passé la nuit ? — Mal; j'ai été attaqué par toute une bande d'Espagnols et j'ai reçu des coups de sabre sur la tête. Mais j'ai tué à coups de revolver deux des assaillants, et les autres se sont enfuis ».

Quelques jours après, interrogé sur ses occupations de la veille : « J'ai été hier dans un nouveau théâtre, dit-il, près de l'Odéon, assister à une pièce obscène, dont les auteurs sont MM. Maury et Doumic. Après la comédie, on a exhibé des fantômes. Je me suis bien intéressé au spectacle.

Le 20 avril : « Je reviens de Russie, où j'ai assisté hier au

soir à deux splendides batailles. Des régiments entiers de cosaques venaient s'égorger sur la scène d'un immense théâtre. A ces combats ont succédé des tableaux vivants et j'ai dû partir pour reprendre le train ».

De la fin avril à la fin juin, des récits sans cesse renouvelés de batailles entre Français et Allemands sont faits par le malade. A chacune de nos visites, M. Y... raconte que, la veille ou le matin même du jour où on l'examine, des milliers de Prussiens, en bataille contre autant de Français, ont rempli le parc de l'établissement et les environs des mouvements de leurs tirailleurs et de leurs masses, et du bruit de leur mousqueterie. Quand les Prussiens tirent cela fait : Ran ! Ran ! — Quand les Français ripostent cela fait : Pan ! Pan ! Il déclare qu'il a fermé les fenêtres et s'est caché pour éviter d'être blessé. Il se demande pourquoi l'on ne voit pas dans les journaux les comptes rendus des batailles. Il détaille les évolutions des régiments amis et ennemis. Une fois, à la fin d'une bataille perdue par les Français (ils n'étaient que 6.000 contre 20.000 Prussiens), les vainqueurs ont envahi la maison. Il a été fait prisonnier et conduit à Versailles, où on l'a traité avec beaucoup d'égards. Il est en liberté depuis ce matin et de retour chez lui. Un autre jour : « Dans un combat d'hier, les Prussiens battus se sont repliés et deux d'entre eux se sont cachés dans ma chambre et sous mon lit ». Il demande un plan de Paris pour suivre les opérations de la guerre.

Le 1er juin, dans l'après-midi, craignant l'invasion incessante de la maison par les Prussiens, le malade se barricade chez lui, s'arme d'un tisonnier pour se défendre et on doit le maintenir au lit. Le lendemain, il dit que les Prussiens sont entrés dans la maison et il raconte un entretien très prolongé et très courtois avec le général ennemi auquel il a été présenté. Il nous donne parfois rendez-vous le soir dans sa chambre pour assister à la prochaine bataille.

Nous n'insisterons pas davantage sur plus de cent récits analogues faits par le malade, le plus souvent sur des thèmes de guerre franco-allemande.

Dans l'intervalle des visites et notamment la nuit, le malade se montre calme, indifférent, il se livre automatiquement à la lecture de journaux et de brochures, aux soins de sa toilette, etc., sans manifester d'anxiété, en dehors d'un certain jour que nous avons signalé, et sans présenter la moindre réaction qui puisse faire supposer l'existence d'hallucinations de la vue ou de l'ouïe. Il oublie régulièrement les histoires de la veille et des jours précédents.

Evolution. Vers le mois de juillet, la fabulation s'appauvrit et se raréfie. L'état général décline. Les idées de grandeur sont plus marquées. Les progrès de la démence s'accentuent de mois en mois et les récits imaginaires spontanés disparaissent. Le malade se montre seulement très suggestible et admet, d'emblée, la réalité des histoires qu'on lui raconte.

Les signes physiques et l'état organique restent les mêmes au milieu du déclin de l'intelligence et de l'activité motrice. Le léger embarras de la parole constaté la première semaine a disparu depuis longtemps. Le malade, tranquille, et complètement dément, quitte la maison de santé pour rentrer dans sa famille.

L'un de nous a observé, pendant plusieurs mois, dans son service de l'Hôtel-Dieu annexe, chez un homme de soixante ans, dont l'autopsie a démontré l'artériosclérose cérébrale, un délire d'imagination, remarquable par la richesse et le caractère macabre et sanglant des récits, débités avec conviction et prolixité par le malade à son entourage. Il s'agissait de scènes de meurtres et de tortures qui se passaient dans des souterrains, où des Anglais découpaient leurs victimes, que le malade réussissait parfois à délivrer en tranchant leurs liens et en favorisant leur fuite. Ces scènes n'étaient pas d'origine hallucinatoire et se rapportaient à des périodes de la journée pendant lesquelles le sujet, qui d'ailleurs dormait bien la nuit, n'avait manifesté ni somnolence ni anxiété.

Dans la *paralysie générale*, où le pouvoir de contrôle est réduit au minimum, les processus imaginatifs, libres de tout frein, s'exaltent sans mesure. Il en résulte une fabulation désordonnée, anarchique, colossale.

C'est seulement dans la période prodromique de la maladie que la fabulation peut comporter assez de suite et de tenue pour aboutir à l'élaboration d'un véritable délire imaginatif. La plupart des délires de persécution, d'hypocondrie et surtout de grandeur des paralytiques généraux résultent de la mise en branle de l'imagination. On peut souvent, à volonté, au cours de la conversation, provoquer, orienter et modifier le délire. Ici encore l'extrême suggestibilité du sujet s'associe à la fabulation active.

Le délire du paralytique général, où fréquemment l'euphorie s'exprime par des idées de grandeur, en dehors de tout phénomène hallucinatoire et interprétatif, nous offre le type le plus accompli des délires d'imaginations symptomatiques.

Dans certains *délires polymorphes chroniques*, *avec ou*

sans évolution démentielle, présentant d'ailleurs d'étroites affinités avec les délires polymorphes des débiles, on peut rencontrer des délires d'imagination.

A une période avancée de la maladie, quand on ne distingue plus que les lambeaux d'idées délirantes, le diagnostic est parfois délicat entre la fabulation véritable, d'expression contournée et bizarre, et la salade de mots proprement dite. On peut observer, en pareil cas, une période de transition ou l'imagination des idées se dissout peu à peu, et disparaît pour faire place uniquement à l'imagination des mots.

Il est un syndrome qui entretient avec le délire d'imagination les relations les plus étroites, c'est *l'hystérie*.

La tendance à la réalisation des images mentales est un trait du tempérament hystérique, admis par tous les auteurs. Ribot (1) donne précisément, comme exemple typique d'imagination créatrice, les accidents hystériques, où l'idée, en vertu des éléments moteurs qu'elle renferme, aboutit spontanément à l'objectivation. La suggestibilité de l'hystérique n'est autre chose que cette aptitude à l'objectivation et à la réalisation des images. L'idée première peut être d'origine externe et dériver de l'imitation ou avoir été inspirée par la parole d'autrui : c'est l'hétérosuggestion. Souvent aussi l'idée première a surgi spontanément dans la conscience du sujet : c'est l'autosuggestion.

La création imaginative peut être encore volontaire et consciente : elle mérite alors le nom de *simulation;* elle peut être inconsciente et involontaire : c'est à cet ordre de faits qu'on réserve, de préférence, le nom *d'hystérie ;* cette imagination qui s'ignore nous paraît étroitement apparentée au délire d'imagination.

Le processus imaginatif par lequel se réalisent les représentations mentales des hystériques s'exerce dans des conditions très particulières, et qui spécifient précisément le *terrain hystérique*. L'hystérique, en effet, au lieu, comme tant d'autres mythomanes, d'objectiver son roman

(1) RIBOT. L'Imagination Créatrice, p. 3.

par la parole en le racontant, le met en scène et le mime; il en est *l'acteur* en même temps que le héros. Il fabule avec toute sa personnalité physique et mentale. Les autres mythomanes mentent surtout avec leur esprit. *L'hystérique ment surtout avec son corps.*

Le malade, consciemment ou non, se compose des attitudes pathologiques objectives, en rapport avec les représentations mentales qui se sont imposées à son esprit. Nous avons déjà insisté sur la *psychoplasticité*, qui est un des traits distinctifs de l'hystérie.

La psychonévrose hystérique, d'ordinaire somatique dans son expression, n'en est pas moins essentiellement psychique dans son déterminisme. Elle réalise des affections pseudo-organiques, qui relèvent moins de la compétence du neurologiste que de celle du psychiâtre.

L'hystérie, qui exprime, dans un domaine spécial, le déséquilibre de l'imagination, apparaît comme une variété de mythomanie. Chez l'hystérique, comme chez le mythomane, on observe le mélange intime de la crédulité et du mensonge. Ce rapprochement permet encore de mieux saisir la nature, en apparence singulière et déconcertante, de l'état mental des hystériques, qui ne paraissent jamais ni tout à fait conscients, ni tout à fait inconscients de leur comédie pathologique, qu'ils subissent et organisent à la fois. Comme la mythomanie, l'hystérie est un syndrome riche en réactions interpsychologiques : l'imagination du sujet est particulièrement impressionnée par les réactions dramatiques de l'entourage, et l'entourage à son tour apporte à l'hystérique l'inconsciente complicité de son étonnement naïf et de sa sollicitude intempestive. Chez l'hystérique, comme chez le mythomane, on retrouve la même *suggestibilité*, et la même tendance à enrichir le thème suggéré, suivant le tempérament individuel, l'entourage, les circonstances, etc...

Mais si l'hystérie, comme l'a judicieusement soutenu Hartenberg (1), est de nature mythopathique, elle ne doit

(1) HARTENBERG. L'Hystérie et les Hystériques. Alcan, 1910.

pas cependant être confondue avec la mythomanie : elle n'en est qu'une forme clinique. La mythomanie ne porte la marque distinctive de l'hystérie que lorsqu'elle s'applique à la réalisation d'un syndrome.

Pour que l'hystérie existe, il ne suffit donc pas d'une suggestion pathologique, il faut encore la *suggestion du pathologique*. En effet, la plupart des débiles présentent une suggestibilité manifestement pathologique. Cependant, le débile, qui dans une affaire médico-légale soumise à l'expertise de l'un de nous, a tué sa femme sur la requête impérieuse de celle-ci et a commis ainsi un meurtre par suggestion, n'était pas un hystérique : il a réalisé, par suggestion, l'idée d'un homicide et non la représentation mentale d'un tableau clinique. Dans les épidémies psychopathiques, on ne doit rattacher à l'hystérie que les faits de contagion par imitation d'un syndrome pathologique (épidémies démonopathiques, saltatoires, convulsives, etc...)

L'hystérie, espèce particulière du genre mythomanie, se caractérise par la tendance, plus ou moins inconsciente et involontaire, à la simulation des maladies. *L'hystérie est la mythomanie des syndromes*. Pour que cette formule s'applique exactement à l'hystérie, il convient de spécifier qu'il s'agit ici de mythomanie plus ou moins inconsciente, et appartenant, par conséquent, à la même famille nosologique que les délires d'imagination. D'autre part, le syndrome est ici réalisé par le malade directement sur lui-même en vertu de cette psychoplasticité mythopathique, qui caractérise essentiellement l'hystérie, et que l'on pourrait désigner du nom, à la fois bref et clair, de *mythoplastie*.

Dans sa leçon sur la *Pathomimie* (1), le Professeur Dieulafoy a décrit un ensemble fort intéressant de troubles psychiques qui consistent précisément dans la simulation de phénomènes pathologiques. D'accord avec cet auteur, nous pensons que ces troubles, s'ils relèvent indiscutablement de la mythomanie, sont nettement distincts des manifesta-

(1) Dieulafoy. Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1909, 6ᵉ volume. Histoire d'un Pathomime, 3ᵉ leçon.

tions hystériques proprement dites : car la simulation est, en pareil cas, consciente et calculée, et s'exerce non en vertu de la psychoplasticité du sujet, mais du dehors, à l'aide de moyens extérieurs (traumatismes intentionnels, application de caustiques, etc.) et par la mise en jeu d'un système de simulation plus ou moins ingénieux et prolongé.

De l'hystérie, il convient de rapprocher le vaste chapitre des *épidémies mentales et des folies collectives* (1), où l'imagination joue un si grand rôle.

Dans son intéressant mémoire, G. Dumas distingue avec raison les épidémies mentales et les folies collectives. Les premières, caractérisées, comme toutes les épidémies, par la fréquence insolite des cas dans un milieu déterminé, relèvent soit de causes individuelles, telles que les ricochets de contagion, soit de causes générales, telles que l'influence pathogène d'un trouble social, etc... Dans ces épidémies, les cas ne se fusionnent pas dans une synthèse unique : les malades ne collaborent pas à un thème délirant commun. Les folies collectives impliquent, au contraire, une collaboration, où chacun apporte sa part d'idées délirantes tout en s'enrichissant de celles d'autrui. G. Dumas voit dans la folie obsidionale le type de la folie collective.

Cet auteur considère comme très important le rôle de l'imagination dans la propagation des épidémies mentales, et dans la genèse des délires collectifs.

En effet, dans les épidémies psychiques, c'est souvent par imagination que le sujet passif accepte et développe les idées délirantes du sujet actif.

Cette attitude est fréquente chez les débiles et surtout chez les enfants, qui réagissent à la contagion avec les aptitudes mythopathiques de leur âge (2). Lasègue et J. Falret (3) ont insisté sur cette différence entre les délires

(1) Cf. G. Dumas. La Contagion Mentale. Epidémies mentales et folies collectives. (*Revue philosophique,* mars et avril 1911).

(2) Dupré et Fouque. Délire à trois (*Société de psychiâtrie* 1911).

(3) Lasègue et Falret. La Folie à Deux (*Archiv. gén. de méd.,* septembre 1877).

de l'enfant et ceux de l'adulte, dans la folie à deux. « L'adulte, disent-ils, reflète plus passivement; il est aussi convaincu, aussi affirmatif, mais n'exagère ni ne développe les conceptions délirantes, faute d'un *effort d'imagination* qui lui coûterait ». L'adulte « s'installe avocat de sa propre cause; il calcule, combine, discute ». L'enfant « ment quand même » et obstinément.

Lorsque l'enfant est tout jeune, il participe au délire familial, non seulement par imagination, mais par émotion (1).

Lasègue et Falret ont également montré comment la fable racontée par l'enfant peut être adoptée, complétée et enrichie par un entourage crédule et inventif. « Les voisins prennent fait et cause pour l'enfant, imaginent une fable romanesque », de nature à justifier le thème délirant; et, à son tour, « l'enfant finit par croire à ces inventions de seconde main ».

Un délire d'interprétation du sujet actif peut fort bien, chez le sujet passif, donner naissance à un délire imaginatif. Sérieux et Capgras rapportent, de ce fait intéressant d'interpsychologie morbide, un exemple typique (2).

Observation. — Une débile persécutée contagionne ses trois enfants qui « lui apportent les fables créées par leur imagination puérile ».

La malade, à la suite d'interprétations nombreuses, se croit persécutée par plusieurs de ses parents.

Voici l'un des récits que les enfants font à leur mère, contribuant par leur mythomanie à confirmer et à entretenir le délire interprétatif de la malade.

En juillet 1897, Marthe raconte qu'elle a vu son oncle dans un terrain inculte; il tenait deux bouteilles, l'une jaune et l'autre bleue; il leur a fait signe de venir, en faisant semblant de boire à la bouteille bleue et de trouver la liqueur à son goût. Le lendemain, la grand'mère rentre chez le marchand de vin, offre encore de la liqueur bleue aux enfants; ils refusent; après plusieurs tentatives, elle les fait boire de force ».

A l'Infirmerie spéciale, les trois enfants répètent les mêmes propos strictement stéréotypés; impossible de leur faire changer un mot de leur déposition. Ils semblent réciter une leçon apprise par cœur.

(1) Dupré. Délire Familial (*Société de psychiâtrie* 1910).
(2) Sérieux et Capgras. Les Folies Raisonnantes, p. 208.

***

Pour résumer brièvement ici *l'historique* de la mythomanie délirante, au cours de l'évolution de la psychiâtrie, il convient d'établir une distinction entre les faits et les doctrines. Les faits de délire imaginatif ont été connus et décrits par la plupart des psychiâtres, notamment dans l'étude des délires de grandeur.

Pinel, Esquirol, Dagonet, J.-P. Falret, etc., parlent « des récits imaginaires », des « histoires fantastiques », des « romans invraisemblables », racontés par certains malades. Mais, attachant, semble-t-il, un sens très général au mot imagination, ils n'ont pas insisté sur ces faits particuliers, qu'ils jugeaient d'ordre banal, tout délire leur paraissant, par définition même, entaché d'imagination. Toutefois Morel (1) avait tendance à rapporter à l'activité prédominante de l'imagination certains délires de grandeur. « Ces aliénés, dit-il, finissent par s'identifier dans les rôles qu'ils se donnent, et par regarder comme véritables et réelles les conceptions les plus extravagantes de l'esprit de mensonge qui les caractérise ».

Dans le livre de Falret père (2), on trouve cette intéressante remarque :

« Chez certains aliénés à délire partiel, les idées les plus extraordinaires et les plus bizarres surviennent tout à coup, sont acceptées par eux sans contrôle et peuvent, dans certains cas, devenir mobiles d'action, sans autre motif que leur existence même dans la tête de ces aliénés. Il suffit qu'une idée quelconque traverse leur esprit, pour qu'il s'y attachent immédiatement comme à une vérité, sans se rendre compte de son origine, sans en éprouver d'étonnement et sans chercher à l'entourer de preuves et à lui donner des points d'appui. Qu'il nous suffise de signaler ici l'existence de cette espèce d'aliénés, sur lesquels nous fixerons votre attention, pour vous démontrer la production spontanée, c'est-à-dire, sans cause appréciable, des idées dans la folie ».

(1) MOREL. Traité des maladies mentales (1860), p. 547).
(2) J.-P. FALRET. Maladies mentales (1864), p. 190.

Le terme de confabulation, qui semble être apparu d'abord dans les ouvrages de Kahlbaum et de Hecker, avait le mérite de réserver un nom spécial à des troubles auxquels on n'accordait pas, jusqu'alors, une étude particulière. La psychiâtrie allemande a produit, depuis lors, des travaux nombreux et importants sur la confabulation.

Dans le travail de Sander (1) sur la *paranoïa*, on trouve déjà, à côté d'observations de délires interprétatifs, des faits qui paraissent relever du délire imaginatif, notamment un délire de grandeur familial.

Nous citerons les noms de Koppen (2), de Redlich (3), Moeli (4), Binswanger (5), de A. Pick (6), de Birnbaum (7), de Kræpelin (8) et surtout de Bonhöffer (9) et de Neisser (10), Ce dernier a proposé, pour désigner des troubles analogues à ceux que nous étudions, le terme de délire de confabulation.

Forel (11) et Delbrück (12), dans leurs remarquables études sur le mensonge pathologique et sur la pseudologia phantastica, ont publié des observations du plus haut intérêt pour la pathologie de l'imagination. Delbrück commente en termes remarquables ces observations et aboutit à des conclusions conformes aux nôtres.

(1) SANDER. Ueber eine specielle Form der primæren Verrucktheit. (*Archiv. F. Psychiatr.*, 1868, t. I., p. 387).

(2) KOPPEN. Ueber die pathologische Lüge (*Charite Annalen*, 23).

(3) REDLICH. Beitrag zur Kenntniss der Pseudologia phantastica (*Allg. Zeitschrift, f. Psychiatr.*, Bd LVII, p. 65).

(4) MOELI. Lüge in Geistesstœrung (*Allg. Zeitz. f. Psychiatr.* Bd., XLVIII.)

(5) BINSWANGER. Allgemeine Psychiatrie (Lehrbuch der Psychiatrie, bearbeitet v. Cramer, Westphal, Hoche, Wollengergh, p. 16).

(6) A. PICK. Zur Psychologie der Confabulation (*Neur. Centralblatt*, 1905, n° 11).

(7) BIRNBAUM. Psychosen mit Wahnbildungen und wahnhafte Einbildungen bei Degenerativen. Halle 1908.

(8) KRÆPELIN. Psychiatrie, 8e édition, 1909, t. I, p. 306.

(9) BONHOFFER. Loc. cit.

(10) NEISSER. (*Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, notamment : Bd. LIII, p. 241).

(11) FOREL. La psychopathologie de Thérèse Humbert (Chronique médicale, 1er octobre 1903).

(12) DELBRUCK. Die Pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler (Stuttgart, 1891).

Learoyd (12), aux Etats-Unis, a étudié un certain ordre d'activité fabulante à forme de rêverie, sous le nom de *continued story*.

L'un de nous (1), en 1905, a proposé le nom, devenu classique, de *mythomanie*, pour désigner la *tendance constitutionnelle à l'altération de la vérité, au mensonge, à la fabulation et à la simulation*. Lorsque cette tendance aboutit à des créations fictives, plus ou moins durables et systématiques, auxquelles le sujet attache sa croyance et conforme ses actes, la mythomanie devient délirante et s'identifie alors avec le délire d'imagination.

Plus récemment, Sérieux et Capgras (2), après G. Ballet (3), ont décrit les psychoses des *interprétateurs familiaux et filiaux* ; ils ont, tout en rattachant ces faits au délire d'interprétation, insisté sur la formule imaginative du délire.

Le délire d'imagination, pas plus que le délire hallucinatoire ou interprétatif, ne peut, à notre avis, constituer une entité clinique. Qu'il s'agisse de délire hallucinatoire, interprétatif ou imaginatif, les troubles observés dans ces différents ordres d'activité intellectuelle ne représentent nullement l'essence même du délire. Si le malade perçoit à faux, raisonne à faux, imagine à faux, c'est en vertu d'une *partialité* évidente. C'est dominé par son anxiété, sa méfiance ou son orgueil, c'est sous l'influence du sentiment qui l'aveugle, que le malade perd la notion du réel, au point de devenir, pour son entourage, un étranger, un aliéné. Bref, ce sont les *troubles affectifs*, qui figurent à l'origine de tous ces délires. Une autre condition, celle-là, il est vrai, toute négative, n'est pas moins indispensable à l'élaboration du délire : c'est la faiblesse relative de l'autocritique, qui ne parvient pas à contenir, au moins dans

(1) Learoyd. The continued Story. (*Americ. Journ. of. Psychol.*, 1895, p. 87).
(2) Dupré. La Mythomanie (*Bulletin médical*, 1905, n°s 23, 25, 26).
(3) Sérieux et Capgras. Loc. cit.
(4) G. Ballet. Loc. cit.

les limites de l'erreur physiologique, les tendances sentimentales et le parti pris du sujet.

Troubles de la sensibilité interne, méfiance et orgueil, hypertrophie du moi, débilité relative du sens critique, voilà les conditions principales du délire. Tels sont aussi les éléments essentiels de la conception nosologique de la *Paranoïa.*

L'intervention des processus intellectuels de perception, de raisonnement ou de fabulation, a seulement pour effet de permettre au malade *d'exprimer* son délire dans une formule précise, de ne plus l'éprouver seulement à l'état de sentiment vague et confus, mais de le *penser* sous la forme *d'idée explicite* et socialement communicable.

Le malade, pour arriver à l'intellectualisation et à la formule précise de son délire, transpose, en quelque sorte, dans le domaine pathologique, les procédés ordinaires de la connaissance chez l'homme normal : perception, qui devient hallucination ; raisonnement, qui devient interprétation morbide; intuition imaginative, qui devient mythomanie délirante. L'attitude mentale de l'halluciné et de l'interprétant se rapproche davantage des procédés d'observation et de raisonnement de l'adulte et de l'homme civilisé. L'attitude imaginative répond aux tendances essentiellement *mythiques*, qui sont inhérentes à la mentalité de l'enfant et des peuples primitifs. Ce serait une erreur de croire que, pour l'organisation d'un délire, l'esprit humain ne peut utiliser, en dehors de l'hallucination, d'autres processus intellectuels que l'interprétation : il peut encore avoir recours à l'imagination, entendue précisément au sens restreint où elle s'oppose à l'hallucination et à l'interprétation. Dans la terminologie de la philosophie grecque, le mot παρανοια (déviation de la pensée) désignait aussi bien les troubles de la νοία ou pensée intuitive, que ceux de la διανοία, ou pensée discursive.

Si le mécanisme intellectuel du délire ne créé que la formule et l'expression de l'erreur délirante, il est cependant important d'établir, entre ces différentes formules, une distinction qui réponde aux constatations de la cli-

nique. Car le mode d'expression du délire est déterminé par les tendances constitutionnelles du malade.

Tandis que les délires d'interprétation, produits de l'activité raisonnante, présentent ordinairement les caractères de stabilité, de précision, de limitation, de systématisation et de cohérence, au moins relatives, qui sont propres à l'exercice des facultés logiques; les délires d'imagination sont, au contraire, dans leur formule, le plus souvent variables et polymorphes, peu nettement systématisés; ils sont, dans leur évolution, moins réguliers et parfois moins tenaces; ils se développent avec plus de caprice et de fantaisie; s'organisent en vertu des lois de continuité et de succession qui président à l'élaboration d'un récit, non avec la logique, d'ailleurs illusoire, et l'effort dialectique qui se manifestent dans les délires d'interprétation.

Les *réactions médico-légales* sont, d'ordinaire, moins fécondes en tentatives dangereuses, méditées et préparées de longue date, telles qu'on les observe si fréquemment au cours des délires d'interprétation. L'imaginatif est, en général, moins dangereux par ses actes que par ses paroles, moins redoutable par ses violences que par son faux témoignage. En thérapeutique enfin, la suggestibilité habituelle du sujet porte, en elle-même, dans une certaine mesure et dans certains cas, son propre remède; car la persuasion peut tenter, parfois efficacement, de combattre les effets de l'auto et l'hétéro-suggestion (hystérie, épidémies mentales, etc.).

Comparé, dans sa signification nosologique, au délire d'interprétation, le mode d'activité délirante de l'imaginatif semble répondre, en général, à une plus grande infériorité psychique, constitutionnelle ou acquise. Aussi l'observe-t-on de préférence chez les débiles et chez les déments.

Le délire d'imagination, s'il ne peut prétendre à constituer une entité morbide, mais seulement une *forme clinique* des divers délires, n'en présente pas moins, lorsqu'il est isolé, une symptomatologie bien spéciale et des caractères *évolutifs* (chronicité, persistance, extension sans

évolution fatale vers la démence), qui lui assurent, comme au délire d'interprétation de Sérieux et Capgras, une individualité nosologique légitime.

Tel est l'ensemble des conditions cliniques qu'il nous a paru intéressant d'isoler en sémiologie sous le nom de *délire d'imagination*. Ce terme, si l'on entend le mot imagination au sens précis d'activité fabulante, nous paraît, aussi bien que celui de confabulation proposé par Neisser, susceptible de désigner les processus de la mythomanie délirante : il offre, de plus, l'avantage important de rattacher les faits cliniques que nous étudions aux troubles de la fonction qui les produit et de présenter la mythomanie délirante, au même titre que la mythomanie physiologique de l'enfant et la mythomanie morbide non délirante de l'adulte, comme un chapitre de la *Pathologie générale de l'Imagination*.

CHAPITRE V

PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE

Après les délires d'imagination, et pour mieux préciser leur tableau clinique par différence, il est intéressant de rappeler la leçon que Dupré avait consacrée aux psychoses hallucinatoires chroniques.

Dans son enseignement, désormais classique, de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police, le Professeur Dupré a consacré plusieurs conférences à l'étude du délire hallucinatoire qu'il a dénommé : Psychose hallucinatoire chronique (*nomenclature actuellement employée par la plupart des auteurs).*

Il a résumé, dans une leçon polyclinique, recueillie par son élève Logre (1), *les observations de six aliénés, atteints de délires hallucinatoires chroniques, différents par leur forme et leur contenu, mais que rapprochaient de grandes analogies évolutives et médico-légales.*

Les premières, moins caractéristiques, concernaient des sujets débiles atteints de délires multiples, polymorphes, incohérents, à évolution démentielle plus ou moins précoce ; les autres, constituant les psychoses hallucinatoires proprement dites, se rapportaient à des malades présentant un délire systématique, sans marque de déchéance intellectuelle.

Parmi ces observations, il en est une, particulièrement démonstrative, que nous reproduisons ci-dessous. La maladie, après plus de dix ans d'évolution, a fini par aboutir à la période de mégalomanie. Les idées de grandeur, en effet, dominent le tableau clinique à ce point que le sujet, tout en énonçant les persécutions dont il a été et dont il est encore la victime, n'y attache plus d'importance et croit fermement à leur cessation prochaine.

(1) Conférences cliniques de psychiâtrie médico-légale. Revue polyclinique des Psychoses hallucinatoires chroniques. *Encéphale,* 1907.

PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE

Observation. — Madame X... est âgée de quarante-quatre ans ; ses antécédents nous sont inconnus ; elle a été arrêtée avant-hier à sept heures du soir dans les galeries du Palais Royal, sous l'inculpation de vagabondage. Il a été établi, en effet, par l'enquête et le rapport de police, qu'elle n'a ni domicile, ni moyens d'existence, et qu'elle ne cesse depuis quelques temps, de rôder autour du Théâtre Français, où elle a été longtemps employée. Elle a été l'objet, de la part de certains commerçants du quartier et du concierge du théâtre lui-même, de plaintes adressées à la police, parce qu'elle est venue, à plusieurs reprises, notamment chez les restaurateurs et les bijoutiers, réclamer les envois, les cadeaux, les provisions qu'elle prétend avoir été déposés pour elle par un des plus éminents artistes de la Comédie-Française, dont elle se dit la maîtresse depuis longtemps, et qu'elle doit épouser très prochainement. Au commissariat, et ici même, cette femme prétend que son fiancé, très généreux pour elle, ne cesse de lui adresser de l'argent, des bijoux, des robes, etc..., qui n'arrivent pas jusqu'à elle parce que les envois sont interceptés par de tierces personnes qu'elle ne connaît pas, mais que justice va bientôt lui être rendue et qu'elle entrera incessamment en possession de la fortune et des cadeaux qu'on lui destine. L'enquête de police que j'ai fait instituer nous apprend que cette femme habitait, il y a deux semaines encore, une petite chambre dans un hôtel de la rue de l'Arbre-Sec, où elle passait d'ailleurs pour excentrique et dépourvue de toute relation de famille ou d'amis : depuis quelque temps sans domicile et sans moyens d'existence, elle végète dans le dénuement le plus complet.

La malade est arrivée avant-hier, pâle, fatiguée, amaigrie, souffrant évidemment d'une insuffisance de sommeil et de nourriture; pauvrement, mais convenablement vêtue, elle s'est présentée à nous souriante, heureuse, témoignant quelque surprise mais nulle inquiétude de son arrestation; elle nous a expliqué tout de suite que son affaire allait s'arranger, qu'elle était la fiancée d'un grand artiste, qu'elle nomme d'ailleurs, et

qu'aussitôt après son mariage elle s'en irait habiter avec lui un château à Orléans, où elle mènerait la vie la plus heureuse et la plus fortunée.

Un délire mégalomaniaque aussi énorme et aussi absurde, l'état de béatitude et d'indifférence vis-à-vis de sa situation, le contraste qui existait entre la réalité de ses propos et ses espérances, une légère hésitation trémulante, d'ailleurs très légère et très intermittente, de la parole, m'avaient tout d'abord induit au soupçon de la possibilité d'une paralysie générale. Mais la suite de l'examen psychologique, l'absence des signes somatiques, la conservation de la mémoire, du jugement en général, de la faculté du calcul, l'étude de l'ensemble des réactions critiques et émotives de la malade dissipèrent rapidement ce soupçon et démontrèrent l'existence, chez cette femme, d'un délire d'ancienne date, dont il me reste à vous résumer l'histoire. Dès le lendemain, convenablement reposée et nourrie, elle répondait à toutes mes questions avec aisance et facilité ; le léger trouble de la parole, de nature asthénique et émotive, avait disparu.

Cette femme est entrée, en 1890, à la Comédie, comme figurante : elle est restée au théâtre, en cette qualité, pendant onze ans. Un jour, en 1901, elle est remerciée, sans explication : on avait donné des ordres, dit-elle ; et ce renvoi lui apparaît comme la suite de toute une série de mesquineries et de vexations dont elle fut l'objet de la part de presque tous les sociétaires et pensionnaires du théâtre, et même des employés, habilleurs, etc..., qui cherchaient à lui nuire de toutes façons et lui marquaient leur jalousie par leur attitude et leur méchanceté. Tout le monde était excité contre elle par les principales sociétaires et surtout par l'une d'entre elles, qu'elle nomme expressément : ces dames étaient jalouses d'elle et ne lui pardonnaient pas les sentiments qu'elle prétend avoir inspirés, dès le début, au grand artiste dont elle se dit aimée et qu'elle va incessamment épouser. On l'a frustrée de bien des rôles qui lui étaient destinés, on a nui à son avancement, etc. Un jour, on a mis dans sa boisson une drogue qui l'a rendue très malade pendant deux jours. En résumé, pendant dix ans environ, cette femme a présenté des idées de persécution, d'abord vagues et inconsistantes, qui peu à peu se sont aggravées et multipliées et n'ont pas tardé à s'ordonner en un système, incessamment enrichi d'illusions et d'interprétations morbides; ces idées de persécution semblent avoir été, dès le début, plus ou moins intimement associées à un *roman érotomaniaque*, dont le héros avait été choisi par la malade dans son entourage parmi les personnages du théâtre, et à des tendances ambitieuses implicitement contenues dans le thème morbide. Son amant et fiancé n'a jamais cessé, d'après elle, de lui témoigner indirectement, par son attitude, son regard, et par des signaux particuliers, la sincérité et la fidélité d'une passion qui date de loin, qui a

résisté à toutes les épreuves et que va consacrer bientôt le plus riche et le plus heureux des mariages.

Il y a un an environ, apparurent des hallucinations auditives. La malade prétend que son fiancé communique avec elle par l'intermédiaire d'un téléphone installé par lui à côté de sa chambre. « Peut-être auparavant, dit-elle, m'avait-on causé, mais je n'y avais pas fait attention : ce n'est que depuis cette époque-là, que j'ai bien remarqué qu'on me parlait ». A la voix de son fiancé se sont adjointes plus récemment les voix du frère et de la sœur de ce fiancé et celles de beaucoup d'artistes de la Comédie-Française.

Ces voix lui tiennent des propos agréables et flatteurs; elles font son éloge, elles l'encouragent; beaucoup de ses anciennes rivales conviennent qu'elles ont eu tort ; son fiancé lui annonce qu'il lui lègue toute sa fortune, lui confirme son prochain mariage avec elle, lui promet des parures, des toilettes, lui affirme qu'elle peut dépenser ce qu'elle veut, en vertu du crédit illimité qu'il lui ouvre partout, etc. La malade entend avec joie et orgueil tous ces propos, et a plusieurs fois adressé à son fiancé des lettres dans lesquelles elle lui affirme qu'elle l'aime toujours, mais qu'elle n'a encore rien reçu des envois qu'il lui a annoncés. En outre, elle va fréquemment solliciter l'entrée du théâtre auprès du concierge de l'entrée du personnel; elle va réclamer chez les bijoutiers, dans les différents magasins du Palais-Royal, la livraison des dépôts faits en son nom. La malheureuse qui, depuis son départ du théâtre, a péniblement vécu au dehors de quelques travaux de passementerie procurés par des amis, se trouve actuellement dans une grande misère et n'est plus soutenue que par les illusions d'un optimisme irréductible et l'espérance bienheureuse de félicités imminentes. Cette femme, qui paraît tout à fait isolée dans la vie, nous dit qu'elle a eu, à la suite d'une ancienne liaison, un fils qui a maintenant dix-sept ans, et qu'elle voit celui-ci de temps à autre; elle en ignore d'ailleurs l'adresse, parce qu'elle a oublié, nous dit-elle, avec une indifférence souriante, de la lui demander lors de leur dernière entrevue. Cette remarque démontre combien la malade, absorbée par la contemplation intérieure de son rêve de grandeur et de fortune, est actuellement détachée de toute réalité et indifférente à tout ce qui est étranger à son délire.

Voici maintenant la malade dont je viens de vous résumer l'histoire. Vous la voyez entrer, le sourire aux lèvres, les yeux animés et toute la figure éclairée d'une expression de bonheur qui traduit bien son état d'euphorie. Vous pouvez constater par l'urbanité et l'aisance de ses manières, par la facilité et une certaine élégance du langage, par la vivacité de sa conversation, enfin par la conservation de la mémoire et l'ensemble de ses réactions devant nous, qu'elle n'est ni une débile ni une démente, et vous pouvez aussi vous assurer que, si elle semble à certains moments absente de notre entretien, ce n'est ni par

apathie morale ni par faiblesse intellectuelle, ni par obtusion ou torpeur mentales, mais bien à cause de l'existence chez elle d'un état de monoidéisme pathologique, et de l'absorption de son activité psychique par la persistance, quasi extatique, de son rêve intérieur d'amour et de félicité.

Il convient de signaler, en outre, un élément somatique de haute importance en l'espèce : c'est une asymétrie crânienne très marquée, qui se révèle chez elle par la disparité osseuse et musculaire des deux moitiés du visage, disparité qui s'accuse surtout à l'occasion des mouvements expressifs; par une plagiocéphalie très nette; par un croisement en X des arcades dentaires qui chevauchent l'une sur l'autre; tous signes d'une asymétrie crânio-faciale considérable. En regardant la malade de plus près, on se rend compte également que cette asymétrie se traduit encore par un signe sur lequel a insisté, dans un intéressant travail, le Dr Et. Martin (1), de Lyon, je veux parler de l'inégalité de niveau des orifices des conduits auditifs; l'orifice droit est situé chez la malade plus haut et un peu plus en arrière que le gauche, ainsi qu'on l'apprécie facilement en regardant les deux index introduits dans l'oreille, de chaque côté.

Cette asymétrie crânienne, qui intéresse ainsi non seulement la voûte, mais aussi la base du crâne, est un stigmate majeur de dégénérescence, dont on doit tenir grand compte dans l'étude de l'affection mentale de notre malade. Cette anomalie externe du squelette correspond évidemment à des anomalies profondes dans les dispositions réciproques des parties homologues du cerveau ; on peut donc, je crois, invoquer légitimement cette asymétrie cérébrale dans la pathogénie de l'état mental, et, chez cette femme, comme chez beaucoup de dégénérés analogues, rapporter les troubles fonctionnels à une rupture du consensus physiologique des deux hémisphères qui représente à l'état normal la condition de l'équilibre psychique. Les rapports réciproques, qui unissent à l'état normal dans un fonctionnement harmonique les deux cerveaux droit et gauche, sont modifiés par la disparité de structure de leurs parties homologues, et cette asymétrie représenterait ainsi le substratum anatomique des troubles fonctionnels de la déséquilibration mentale. La dyssymétrie originelle de l'organe expliquerait la dysharmonie constante de la fonction.

Le *diagnostic* est le suivant : délire chronique systématisé de persécution et de grandeur avec hallucinations chez une dégénérée. La psychose date d'environ vingt ans, et se manifeste actuellement, après une longue période où prédominèrent les idées de persécution, par des idées de grandeur qui, sans effacer les premières, l'emportent de beaucoup dans le tableau clinique. L'origine ancienne et le caractère érotomaniaque de ces idées ambitieuses sont intéressants à considérer : si, au point de vue de l'évolution clinique, on peut dire que la psy-

(1) E. MARTIN. *Soc. d'Anthropologie*, 1903.

chose est arrivée à la phase de mégalomanie, on n'est pas en droit, au point de vue psychologique, de considérer comme une nouvelle venue l'idée de grandeur, qui a toujours implicitement existé dans le délire de cette femme.

L'analyse de ce cas démontre qu'il est inutile de chercher à expliquer, par une théorie plus ou moins ingénieuse, le mécanisme de succession de l'idée de grandeur à l'idée de persécution, puisque les deux espèces pathologiques d'idée délirante ont toujours coexisté chez notre malade. Par la longueur et la chronicité de l'évolution, par l'enchaînement progressif des symptômes, par la persistance de l'activité psychique, la psychose se rapproche du délire chronique à évolution systématique de Magnan. Par l'association d'emblée de l'idée de grandeur à l'idée de persécution, par le caractère obsédant et érotomaniaque d'une partie du délire, par l'apparition extrêmement tardive des hallucinations, enfin par l'existence de gros stigmates somatiques, l'affection a de nombreuses affinités avec les délires systématiques à évolution irrégulière des dégénérés. Le délire appartient donc à cette innombrable série de cas de transition, qui relie les espèces morbides entre le type pathologique décrit par Magnan, d'observation d'ailleurs rare, et les types de psychoses irrégulières et polymorphes qu'on rencontre couramment dans les derniers échelons de la dégénérescence chez les débiles et les grands déséquilibrés constitutionnels.

Le *pronostic* est des plus graves, sinon absolument fatal. L'évolution de la psychose tend à la démence et aboutira très vraisemblablement, d'ici à quelques années, à la ruine définitive de l'intelligence. L'*internement* s'impose pour cette malade, qui évolue depuis plus de vingt ans, au dehors, avec un délire qui n'a déterminé chez elle qu'un minimum de réactions troublantes pour son entourage. Psychopathe depuis vingt ans, elle n'est devenue aliénée, au sens médico-légal du terme, que depuis trois jours, au moment où elle a été arrêtée sous l'*inculpation de vagabondage*, à l'extrême degré d'une misère démontrant que c'est la malade elle-même qui, depuis longtemps, est la victime de ses troubles mentaux.

CHAPITRE VI

LES PSYCHOSES IMAGINATIVES AIGUËS

Après avoir décrit tout particulièrement, dans son mémoire sur les Délires d'Imagination, *les psychoses imaginatives chroniques, Dupré, en collaboration avec Logre, a repris l'étude des psychoses imaginatives aiguës. Il existe, en effet, des délires d'imagination aigus et, dans beaucoup de cas, passagers; il est intéressant de préciser les caractères particuliers qui, dès le début ou très rapidement, peuvent servir à les distinguer des psychoses imaginatives chroniques et incurables. La différence essentielle semble être la suivante : le délire imaginatif chronique se développe comme l'expression naturelle d'un tempérament psychique, l'exagération de la mythomanie innée, qui devient incompatible avec la raison et passe au délire; les délires imaginatifs aigus, au contraire, sont presque toujours* occasionnels : *ils surviennent à la faveur d'une circonstance propice, plus ou moins importante, comme une phase d'excitation maniaque ou de dépression mélancolique, un état passager d'intoxication, le plus souvent alcoolique, ou encore au début de certaines démences, au premier rang desquelles il faut citer la paralysie générale. Bref, les délires imaginatifs chroniques sont* purs, *on ne trouve pour les expliquer que l'exaltation imaginative constitutionnelle ; les délires aigus sont, en revanche, presque toujours* symptomatiques *et consistent dans la mise en jeu de l'imagination native par une cause surajoutée, dont la constatation laisse prévoir le caractère secondaire, et le plus souvent passager du délire. C'est pourquoi les* vrais délires d'imagination, les plus purs, les plus typiques, sont les délires chroniques ; *dans ceux-là, l'exaltation innée de l'imagination forme l'essentiel ou même la totalité du tableau morbide, tandis que les délires aigus s'associent, d'ordinaire, à quelque chose d'extra-imaginatif; ils ne sont plus tout dans le syndrome en cours; ils valent surtout comme* indices d'une autre affection mentale, *qui se cache derrière eux, et qu'il faut découvrir (manie, paralysie générale, intoxications diverses, etc.).*

LES PSYCHOSES IMAGINATIVES AIGUES

Au Congrès français de Neurologie et de Psychiâtrie de Bruxelles-Liége, en août 1910, nous avons proposé de désigner, sous le nom de Délires d'imagination, des psychoses qui, contrairement aux délires hallucinatoires et interprétatifs, procèdent par intuition et invention : ces psychoses aboutissent à des fabulations, des projets et des actes impliquant la croyance immédiate du malade aux fictions improvisées par le jeu spontané de l'activité mentale. Ces thèmes pathologiques, qui expriment, par leur orientation, les tendances personnelles du sujet, offrent une complexité et une richesse proportionnelles à l'abondance et à la mobilité des matériaux psychiques; ils jaillissent spontanément de l'esprit et entraînent d'emblée, de la part du malade, une foi qui, contre toute évidence et malgré toutes les objections, s'affirme par la parole et la conduite. Il s'agit, non d'une entité morbide, mais d'un processus psychologique, spécial à certains malades et qui, au même titre que les processus hallucinatoire et interprétatif, intervient, seul ou associé, non pas comme un facteur étiologique, mais comme un mécanisme d'idéation, dans la genèse des délires.

Les Délires d'Imagination, de même que les délires d'interprétation, peuvent être considérés, dans leur forme pure et essentielle, réalisée dans les cas chroniques, comme la manifestation la plus accusée de la constitution paranoïaque, c'est-à-dire de cet état spécial d'orgueil et

de méfiance dans le caractère et de fausseté dans le jugement, qui dispose le sujet à la systématisation d'erreurs pathologiques, relatives à sa situation dans la société; ces tendances constitutionnelles isolent intellectuellement, jusqu'à un certain point, le sujet de ses semblables et représentent l'amorce éventuelle d'un délire de persécution et de grandeur.

Ces dispositions morbides de la personnalité s'expriment, dans les deux variétés de délire, par un mécanisme intellectuel différent : celui-ci, chez les interprétatifs, relève d'un processus paralogique et de vices du raisonnement ; chez les imaginatifs, il dérive d'un processus intuitif et de cette tendance personnelle au mensonge, à la fabulation et à la simulation, que l'un de nous a individualisée sous le nom de Mythomanie. Dans ses variétés typiques, le syndrome revêt, chez les délirants chroniques, une physionomie très particulière, une allure autonome, et constitue, par sa spécificité étiologique, clinique et évolutive, une véritable maladie : c'est ainsi que, dans le groupe des folies raisonnantes, Sérieux et Capgras ont isolé la Psychose à base d'interprétations; de même, dans le domaine de la Mythomanie, nous avons proposé d'isoler le Délire d'Imagination essentiel, expression la plus complète de la prédisposition paranoïaque imaginative.

A côté de cette forme essentielle et chronique de Délire d'Imagination, il convient de distinguer les formes aiguës et subaiguës de psychoses imaginatives, dont la clinique nous montre fréquemment les variétés, si intéressantes par le polymorphisme de leur étiologie, de leur aspect symptomatique et de leur évolution.

Les Délires Imaginatifs, à forme aiguë et subaiguë, se caractérisent par la soudaineté de leur début, la rapidité de leur évolution, et, souvent aussi, par l'éclat des manifestations cliniques.

On peut les diviser en symptomatiques et essentiels.

A. — *Les délires d'imagination aigus symptomatiques* se subdivisent en deux variétés : l'une, dans laquelle l'élément imaginatif apparaît au second plan, au milieu d'un

tableau clinique bien défini, tel que celui d'une paralysie générale, d'une démence sénile, d'un accès maniaque, d'un état toxique, etc.; l'autre, dans laquelle le délire imaginatif domine la scène clinique et masque, au premier abord, les autres éléments de l'affection principale.

B. — *Les délires d'imagination aigus essentiels* sont ceux qui éclatent sans aucun substratum étiologique saisissable et qui apparaissent comme des manifestations paroxystiques de la constitution mythomaniaque. Ces épisodes délirants sont l'expression de la prédisposition mythopathique, sensibilisée par les moments étiologiques les plus divers et parfois les plus insignifiants (émotion, fatigue, traumatisme, intoxication, infection).

Toutes ces catégories de délires imaginatifs aigus, symptomatiques ou essentiels, forment une partie de ces *bouffées délirantes* que Magnan et ses élèves ont décrites chez les dégénérés.

A. — Les délires imaginatifs aigus symptomatiques

1° On observe au cours et *au second plan* de nombreux états morbides, l'apparition, en général épisodique, d'idées délirantes de nature imaginative : dans la débilité mentale, au cours de certaines périodes d'excitation ou d'intoxication, dans la démence sous toutes ses formes, principalement dans la paralysie générale; dans les accès maniaques, ou plus rarement dans les accès mélancoliques; dans les états confusionnels ou crépusculaires, de nature toxique ou épileptique; au cours des psychoses hébéphréniques et dans les délires hallucinatoires chroniques, avec ou sans évolution démentielle ; enfin, dans les états paranoïaques, dans les psychoses interprétatives, aiguës ou chroniques, dans les délires de jalousie, de revendication et de quérulance. Au cours de ces divers états, les malades présentent, associés au complexus symptomatique de leur affection, des éléments imaginatifs, parfois assez riches pour constituer un syndrome délirant, d'allure plus ou moins systématique ; mais, même dans ces derniers cas, le délire d'imagination est secondaire, soit au point de vue de

l'époque de son apparition, soit au point de vue de son intensité relative et de son importance clinique.

2° Dans une seconde catégorie de cas, le Délire d'imagination, encore symptomatique d'une des affections plus haut citées, domine la scène clinique. Ces délires imaginatifs aigus symptomatiques de *premier plan* sont surtout l'apanage de certaines affections mentales de nature maniaque, confusionnelle ou démentielle.

Dans les diverses formes de *confusion mentale*, notamment dans l'alcoolisme subaigu et ses suites, dans la psychose polynévritique, apparaissent souvent des syndromes délirants, dans la constitution desquels, à côté et en dehors des hallucinations et de l'onirisme, l'imagination joue un rôle prépondérant. Au rêve toxique succède, par l'intermédiaire de la rêverie fabulante, l'éclosion d'emblée de conceptions imaginatives; à cette période, le sujet, plus ou moins exempt de confusion mentale et de troubles sensoriels, vit une existence fictive, émet des récits fantastiques et se livre à des réactions extravagantes, en rapport avec son délire. Les romans d'auto-accusation des alcooliques, parfois si détaillés et si précis, peuvent être invoqués comme des exemples frappants de délire imaginatif, d'origine toxique, avec ou sans association hallucinatoire.

Au cours des *démences*, le délire d'imagination peut éclore, chez les prédisposés, par l'association de deux facteurs : l'affaiblissement intellectuel d'abord, et, ensuite, un degré plus ou moins accusé d'éréthisme psychique, souvent à forme euphorique, qui active le jeu automatique des représentations mentales, de nature agréable et ambitieuse. L'édification du roman imaginatif est grandement favorisée par l'amnésie de fixation et d'évocation, qui supprime le rôle réducteur des souvenirs exacts. La presbyophrénie et les psycho-polynévrites chroniques représentent des syndromes où se combinent, avec le plus d'intérêt, sur le terrain mythopathique constitutionnel, les divers agents pathogéniques de cette variété de Délire Imaginatif : l'amnésie, la confusion, les troubles du jugement et de la critique et l'éréthisme intellectuel non réfréné.

Dans la *paralysie générale*, le pouvoir de contrôle est réduit au minimum. Les processus imaginatifs, libres de toute entrave, aboutissent, surtout dans la période prodromique de la maladie, à des délires, toujours transitoires, mais parfois systématiques, de persécution, d'hypocondrie et surtout de grandeur, qui offrent le type le plus parfait des délires d'imagination symptomatiques.

Voici ce que l'un de nous, en 1907 (1), écrivait au sujet des délires d'imagination de la paralysie générale : « Le délire de la paralysie générale, quelle que soit sa nature, mégalomaniaque, hypocondriaque, etc..., n'est presque jamais hallucinatoire et rarement interprétatif. Il est surtout un délire d'imagination, un délire de fabulation fantastique, au thème duquel le malade n'attache d'ailleurs aucune importance. Les conceptions atteignent les extrêmes limites de l'extravagance. Ce délire prend des proportions colossales. Les malades planent, dans leur rêve, hors du temps et de l'espace; les conceptions superlatives ne suffisent pas à traduire leur puissance ou leur détresse, leur opulence ou leur misère; ils s'attribuent tous les mérites, tous les titres, toutes les maladies et ce vocable « tout » joue le même rôle caractéristique dans le langage des paralytiques que le mot « on » dans celui des persécutés (1).

Chez les *maniaques*, il existe une forme imaginative de l'excitation intellectuelle, qu'on observe surtout chez les hypomaniaques, c'est-à-dire lorsque l'accélération psychique est encore compatible avec l'ordonnance logique des opérations mentales. L'effervescence des idées se manifeste alors par le débit de fables et l'invention de romans, plus ou moins riches et bien agencés. Ces cas s'observent chez des imaginatifs constitutionnels, dont les aptitudes sont mises en jeu (Deny et Camus) par la manie intercurrente. L'expansion de la personnalité se manifeste par des révélations, des intuitions, des inspirations spontanées, carac-

(1) Dupré. Diagnostic différentiel des démences organiques et de la paralysie générale. *Congrès International de Psychiâtrie d'Amsterdam*, 1907.

téristiques des processus imaginatifs. L'un de nous a observé, avec J. Tarrius, chez une maniaque, une forme particulière de délire d'imagination, caractérisée par la régression de la personnalité au stade infantile, et l'apparition du syndrome du puérilisme (1). Dans la manie intermittente, le délire d'imagination peut reparaître au cours des accès successifs, dans l'intervalle desquels le sujet, normal ou déprimé, renonce, complètement ou en partie, à son thème délirant. Antheaume et Trepsat (2), Dupré et Marmier (3), ont récemment publié des cas typiques de ces formes imaginatives de la manie.

Voici le résumé de l'observation de Dupré et Marmier :

Observation. — *Délire imaginatif de grandeur.*

V..., vingt-cinq ans, ouvrier boulanger, est conduit à l'Infirmerie Spéciale à cause de l'extravagance de son attitude et de ses propos. Il arrive d'Alais, qu'il a quitté l'avant-veille pour soumettre au Ministre de la Guerre le plan d'un aéroplane merveilleux, conçu au cours d'un rêve récent, à la suite duquel il s'est senti, sous l'influence d'une inspiration intérieure, appelé à une mission de premier ordre.

Au cours de son voyage à Paris, il envoie au maire de sa commune et à ses parents une série de lettres et de dépêches enthousiastes, annonçant ses projets et son triomphe.

A Paris, visite aux autorités, aux constructeurs ; commandes de moteurs, d'appareils; démarches, excentricités, arrestation.

A l'Infirmerie, signes d'une vive excitation psychique et motrice. Exposé volubile de ses projets grandioses et du triomphe immédiat de son invention et de ses desseins. Il va dominer et réformer le monde, posséder la toute-puissance et des richesses à milliards. « Dieu n'existe pas. Aujourd'hui il n'y a personne dans le Ciel; demain il y aura quelqu'un : Moi ! »

Nombreux feuillets trouvés sur lui, crayonnés hâtivement et révélant les mêmes tendances mégalomaniaques. Improvisations poétiques, quatrains puérils, etc...

Sommeil incomplet, avec agitation par intervalles. Euphorie, bienveillance, impatience de réaliser ses projets.

Transféré, 48 heures après, à Sainte-Anne, il se montre de moins en moins agité, mais tout aussi actif dans son délire. Quelques jours après, l'excitation psychique diminue et le délire persiste, mais plus terne et plus tranquille dans son expression.

Aujourd'hui, le malade est non seulement calme, mais immobile, déprimé, spontanément silencieux et n'exprime ses

(1) Dupré et Tarrius. *Encéphale,* juin 1911.
(2) *Encéphale,* mai 1912.
(3) *Encéphale,* 24 octobre 1912.

projets mégalomaniaques que sur les questions qu'on lui adresse. L'aspect physique du malade révèle un état évident de fatigue et de dénutrition : teint pâle et terreux, prostration.

Pas de signes somatiques de tuberculose ni d'autre affection viscérale.

Examen neurologique négatif. Ni à l'Infirmerie, ni à Sainte-Anne on n'a constaté d'hallucinations; aucune interprétation délirante saisissable dans la genèse de la psychose.

Pas d'antécédents pathologiques, en dehors d'une fièvre typhoïde probable, il y a treize ans. Ni syphilis, ni alcool,

Enfance et jeunesse normales, au dire du père, jusqu'à vingt-trois ans. A cet âge, il y a deux ans, changement de caractère et de tendances ; le sujet auparavant mou et apathique, devient, au cours de son service militaire, actif, travailleur, entreprenant, etc... La conduite reste régulière et le travail satisfaisant. Aucune idée délirante, aucune excentricité. Deux ou trois jours avant la fugue, excitation soudaine, insomnie, méditation de projets ambitieux, départ pour Paris.

Six semaines plus tard le sujet, amélioré dans son état psychique, renonçait à son délire et paraissait guéri. Mais les accidents d'ordre maniaque et délirant ayant reparu, le sujet fut transféré à Nîmes le 9 janvier 1913.

Chez les *mélancoliques*, le délire se présente souvent comme un délire d'imagination à forme de romans d'auto-accusation, de ruine, d'hypocondrie, etc..., dans la genèse desquels n'intervient qu'un minimum d'éléments de perception ou de raisonnement. L'un de nous disait à propos de la pathogénie du délire mélancolique (1), que, « tandis que, chez l'individu normal, c'est la faute qui engendre le remords, chez le mélancolique, c'est le remords qui engendre l'idée de la faute ».

Ces psychoses imaginatives aiguës sont plus fréquentes, mais peut-être moins intéressantes, que les psychoses aiguës essentielles qui se présentent maintenant à notre étude.

B. — Les délires imaginatifs aigus essentiels

Il existe un certain nombre de délires d'imagination transitoires, à début soudain, à évolution rapide et à terminaison favorable, dont plusieurs auteurs et nous-même avons observé des exemples; ces délires imaginatifs passagers ont pour caractère négatif commun de ne pouvoir

(1) Dupré. Les auto-accusateurs (Loc. cit.).

être rattachés avec certitude à aucune affection primitive saisissable. Tels sont les cas publiés par Séglas et Logre, sous le nom de Délire imaginatif de grandeur, et par Dupré, Terrien et Le Savoureux, sous le titre de Délire d'Imagination en bouffée.

Observation résumée. — *Délire Imaginatif de Grandeur avec appoint interprétatif*, par MM. Séglas et Logre (1).

Femme de vingt-huit ans, ménagère.

Quelques mois après un accouchement, brusque apparition de signes d'excitation psychique, avec insomnie, désordre des actes, propos et préoccupations surtout d'ordre érotique : loquacité, fabulation fantastique. « Elle inventait des histoires au fur et à mesure », dit le mari.

A la Salpêtrière, excitation intellectuelle; fabulation incessante. Délire de grandeur assez bien systématisé, à thème familial, de nature accessoirement interprétative et essentiellement imaginative. La malade dit être une enfant trouvée, fille d'un vicomte, dont son mari est le chauffeur, elle a découvert sa noble origine par la « recherche de la paternité ». Elle possède, en effet, une clairvoyance merveilleuse, résultat d'une influence hypnotique. Sans aucun effort de recherche personnelle, et par la seule révélation intérieure, elle connaît la vérité. Elle assigne à toutes les personnes de son entourage des parentés fantaisistes. Le roman qu'elle invente est, dans une certaine mesure, un roman à thèse, inspiré par les conversations politiques de son mari, socialiste militant. Les riches, à la fois dépravés et cupides, débauchent les femmes et abandonnent ensuite leurs enfants naturels. La recherche de la paternité est la méthode d'investigation qui doit reconnaître et réparer cette injustice sociale. A cette conception se relient d'innombrables romans de cape et d'épée, des histoires de brigands et des histoires d'amour. On retrouve, dans les récits de la malade, un grand nombre de traits qui semblent empruntés au contenu de ses livres favoris, et, notamment, de *Monte-Cristo*.

Au bout de trois mois, l'effervescence imaginative s'est progressivement calmée. La malade quitte l'asile, après avoir renoncé à la plus grande partie de ses affirmations, mais gardant, comme résidu de son délire, cette idée fixe qu'elle est la fille d'un homme riche dont son mari est le chauffeur. Mais elle est résolue à n'en plus parler à personne et à n'en pas tenir compte dans la pratique. Elle s'y complaît seulement comme dans un souvenir glorieux.

Observations. — *Délire d'Imagination en bouffée*, par MM. Dupré, Terrien et Le Savoureux (1).

(1) *Encéphale*, 10 janvier 1912.
(1) *Congrès des Aliénistes et Neurologistes du Puy*, Août 1913.

Les auteurs rapportent deux observations pour enrichir et éclairer l'histoire des bouffées de Délire imaginatif, déjà esquissée par Dupré et Logre dans leur mémoire sur le *Délire d'Imagination.*

Il s'agit, dans le *premier cas*, d'un garçon d'hôtel de vingt-cinq ans, sobre, bien portant, qui, sans prodromes saisissables, se montre, le 27 juin dernier, au milieu du repas de midi, soucieux, distrait, taciturne, agressif vis-à-vis de l'entourage, et notamment du médecin et des agents de police qui interviennent. Au commissariat, il dit attendre le paiement d'une somme de 13.000 francs, qu'il vient de gagner, à la suite d'un pari fait par lui avec une de ses anciennes patronnes.

A l'Infirmerie Spéciale, le malade déclare ne pas avoir gardé le souvenir de la scène de distraction et de mutisme de l'hôtel et affirme son absolue conviction d'avoir gagné un pari de 13.000 francs. Il persiste, malgré toutes les objections et en dépit de l'intégrité chez lui de la mémoire et du jugement, dans cette idée absurde à laquelle il ne renoncera, dit-il, que si la patronne, avec laquelle il prétend avoir parié, vient jurer devant lui n'avoir jamais tenu ce pari.

A Sainte-Anne, en effet, dix jours après, le sujet, en présence des dénégations et des propos de cette personne, déclare renoncer à son idée qu'il qualifie de folle, et démontre depuis lors, par son attitude et ses réactions, la réalité de sa guérison.

On ne trouve, dans les antécédents de ce malade, aucun élément susceptible d'éclairer l'étiologie du syndrome : ni intoxication, ni épilepsie, ni surmenage, etc... Le sujet présentait seulement depuis quelques mois, un état paranoïaque avec tendance à la méfiance et aux interprétations morbides, dans le sens d'idées vagues de persécution. Très amélioré dans son humeur et ses réactions, depuis quelques semaines, c'est quelques jours après la reprise de son métier qu'il présente l'idée délirante plus haut décrite ; elle surgit comme une bouffée délirante imaginative transitoire, brusquement apparue à la suite d'une brève période d'état psychique anormal, qu'on peut, en raison de l'amnésie consécutive, assimiler aux états dits seconds, somnambuliques, vertigineux, etc..., et sans pouvoir préciser la pathogénie de la fabulation délirante.

Le *second cas* est relatif à une débile de 23 ans, d'origine belge, d'existence instable et irrégulière, qui, après quelques jours de fatigue et d'excès probables de boisson, eut brusquement, au cours d'une partie de canotage avec un ami de rencontre, la conviction qu'elle était devenue « reine d'Anvers », et accompagna aussitôt cette affirmation de projets de réforme sociale, de toilettes, etc... Cette idée, puérile et absurde, de grandeur, était vaguement liée à quelques interprétations rétrospectives. Aucun état confusionnel ni amnésique. Lucide et euphorique, la malade persiste huit jours dans sa conviction délirante, et y renonce en se déclarant incapable d'expliquer ces « loufoqueries ».

Régis et Hesnard firent remarquer, à propos du premier malade, que l'idée délirante « est probablement puisée dans l'automatisme morbide, lequel s'est cliniquement exprimé par l'intervalle d'obnubilation psychique que traduit la lacune amnésique ». Dupré répondit : « On peut invoquer, en effet, pour expliquer le mécanisme pathologique de l'idée délirante, un bref épisode de confusion mentale et de délire onirique. Ces deux cas, dont on voit aisément les analogies cliniques, présentent, dans l'étiologie du syndrome délirant transitoire, une différence notable. Le premier malade a puisé son idée morbide dans une crise psychopathique extrêmement courte, suivie d'amnésie, de nature imprécise, et qu'on peut assimiler aux états de rêverie, de distraction, de somnambulisme, d'absence, etc... La bouffée imaginative apparaît ici comme secondaire à un automatisme psychique plus ou moins analogue au rêve. La seconde malade a improvisé son délire imaginatif au cours d'une brève période d'agitation et de fatigue, mais consciente et mnésique, qui a favorisé, par le désordre de l'esprit, la création, chez une débile vaniteuse, d'une idée délirante, soudainement apparue et bientôt évanouie. Ces deux observations mettent bien en évidence la diversité étiologique des bouffées délirantes de nature imaginative ».

Il convient de rapprocher de ces cas récents d'autres faits analogues, épars dans la littérature psychiâtrique, mais insuffisamment observés quant à leur évolution, et dus notamment à Magnan. Ces délires imaginatifs aigus se relient, par des transitions insensibles, aux états de rêverie, temporaires et rémittents, que traversent certains prédisposés, en de curieux épisodes, qui sont, dans le domaine psychiâtrique, sur la frontière du normal et du pathologique. Ces déséquilibrés de l'imagination s'abstraient, pour quelque temps, de la réalité ambiante, et se complaisent au déroulement automatique des images et des idées, dans un roman où s'expriment leurs tendances intimes et leurs désirs secrets. Ces romans imaginatifs, surtout fréquents à l'époque de la puberté, ne sont d'ailleurs vécus qu'en

pensée, et restent le plus souvent secrets. Parfois, confiés à un journal manuscrit ou racontés à quelques amis, ils ne se mêlent pas à la vie réelle et ne troublent pas la conduite du sujet. Les termes de passage qui relient le délire imaginatif vrai à ces états de rêverie, conciliables avec la santé psychique, sont représentés par les observations de Féré (1) et de Bonhœffer (2).

Observation de Ch. Féré. Homme de 37 ans, commerçant. Parents névro-psychopathes.

Depuis plusieurs années : troubles neurasthéniques, vertiges, céphalées, dyspepsies, craquements sous-occipitaux. Attitude morose et déprimée.

Quelquefois, depuis des mois, on le voyait suspendre son travail, soit au bureau, soit dans le magasin, et rester immobile en souriant. On s'était même aperçu qu'il ne répondait pas aux interpellations, si on n'élevait pas la voix.

Un jour, arrive un étranger qui demande M. M... en s'adressant à lui-même, qui était précisément en état « d'absence ». M. M..., répond : « Il est à Chaville ». Cette réponse étrange provoqua chez le sujet une sorte de terreur : il s'enfuit précipitamment derrière une cloison au fond de son magasin, dans un état d'anxiété extraordinaire.

Dès sa plus tendre enfance, au cours d'états de tristesse, pendant lesquels il allait se cacher dans les endroits les moins fréquentés de la maison, il construisait des châteaux en Espagne qui prirent peu à peu une importance considérable dans sa vie. Chaque fois qu'il éprouvait le besoin de s'isoler, il reprenait son rêve du matin ou de la veille. Quand il était bien pénétré de son rôle imaginaire, il lui arrivait souvent de continuer son rêve même en présence d'autres personnes. Au collège, des classes entières se passaient à rêver. Il a parcouru ainsi une multitude de carrières fictives : tantôt militaire, tantôt marin, tantôt ingénieur, etc... Les événements semblaient s'enchaîner naturellement, à la satisfaction du rêveur, qui préférait sa vie fictive à la vie réelle.

Depuis quelques mois, à la suite de troubles neurasthéniques, les constructions imaginaires, qui avaient acquis plus de durée et d'intensité, ne tardèrent pas à se fixer dans une forme définitive.

Voici en quoi consistait cette vie idéale : M. M... avait fait construire à Chaville, à la lisière du bois, un pavillon entouré d'un jardin. Par des agrandissements successifs, le pavillon était devenu château, le jardin, parc; les écuries, les chevaux, les pièces d'eau, étaient venus orner le domaine. L'ameuble-

(1) Féré. Pathologie des Emotions, p. 349, obs. XXXI. Neurasthénie, imagination et délire. Paris, Alcan, 1892.

(2) *Deutsche med. Wochenschrift*, 1904, n° 54, Bd II.

ment intérieur s'était modifié parallèlement. Une femme était venue animer ce tableau, deux enfants étaient nés.

Un grand nombre d'actes de sa vie journalière étaient accomplis d'une manière inconsciente; il n'en conservait aucun souvenir, tandis que ses aventures imaginaires restaient beaucoup plus présentes à sa mémoire.

Le jour où il fit au client qui l'interpellait la singulière réponse : « M. M... est à Chaville », il était, en effet, disait-il, dans son salon de Chaville, occupé à surveiller un tapissier qui modifiait l'arangement d'une tenture. Cette réponse, faite en public, provoqua chez lui une véritable terreur : « J'ai compris que j'étais fou », dit-il.

Plus tard, après amélioration, il arrivait à M. M..., lorsqu'il passait devant les boutiques du boulevard, de voir des objets d'ameublement qu'il avait sans doute inconsciemment choisis pour orner son château en Espagne ; aussitôt qu'un de ces objets frappait ses yeux, la partie de l'appartement, où il l'avait imaginairement placé, apparaissait immédiatement.

Les images visuelles semblent d'ailleurs avoir joué le principal rôle dans le délire de M. M... Son imagination visuelle est très vive. C'est ainsi qu'il est capable de se représenter une surface colorée avec une intensité suffisante pour avoir la sensation complémentaire lorsqu'il porte son regard sur une surface blanche.

Guérison après quelques semaines de traitement.

L'évolution de quelques-uns de ces délires imaginatifs peut se faire sur un mode paroxystique spécial, par crises quotidiennes, quelquefois multiples dans une même journée, séparées par des intervalles de lucidité et de conscience. Il s'agit alors, comme dans les cas de Dupré et Marmier, d'un délire imaginatif à éclipse, non seulement pensé, mais vécu par le malade, et dont les crises ont entraîné des conséquences pratiques et médico-légales très fâcheuses. Certains romanciers, notamment Daudet, ont fait allusion, dans leurs œuvres, à ces états prolongés et épisodiques d'effervescence imaginative.

Observation. — *Délire d'imagination à éclipse*, par Dupré et Marmier.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, de bonne santé physique, dont les antécédents peuvent se résumer ainsi. A l'âge de 14 ans, traumatisme crânien avec perte de connaissance, sans autre suite (choc d'une boule sur la tête au cours d'une partie de quilles). A 15 ans, idées d'invention (appareil à foudroyer le poisson, adapté à une canne à pêche). D'abord étudiant, puis voyageur, enfin employé de pharmacie, et bien por-

tant jusqu'à 36 ans, il est pris à cette époque, d'un état de choc émotif, à la suite de l'ablation d'une série de dents. Deux ou trois mois après, doutes obsédants, d'ordre professionnel, entravant l'exercice de son métier, qui cessent brusquement, au bout de 18 mois, à l'occasion d'un changement de maison. Quelques mois après, essai malheureux de jeu aux courses, tentative d'empoisonnement par la morphine. Nouvelles idées d'invention : recherche d'un café instantané, de poudres asphyxiantes, puis essai de fixation de la phosphorescence sur des plaques destinées à des signaux lumineux; travaux nocturnes prolongés au laboratoire ; épuisement neurasthénique ; céphalée, insomnie, fatigue. Enfin, il y a environ un an, après une interruption de travail d'une semaine, brusque éclosion des accidents actuels.

Le malade a soudainement la conviction que son procédé de fixation de la phosphorescence sur des plaques, destinées à des signaux lumineux, est au point et que son invention va porter ses fruits. Puis, il s'imagine qu'il a vendu sa découverte à l'Etat, pour 300.000 francs, et qu'il recevra cette somme dans quelques jours. En termes vagues, puis plus précis, il s'en ouvre à sa femme et à des amis, cesse tout travail, entreprend des démarches au Ministère et à l'Elysée, se figure y avoir des rendez-vous, puis revient chez lui, sans s'être, en réalité, présenté nulle part, mais persuadé d'avoir eu un entretien avec tel ou tel ministre, avoir entendu ses compliments et reçu l'assurance du prochain règlement de compte. La scène imaginaire se présente à son esprit avec une telle précision et un tel luxe de détails qu'elle s'impose à sa conviction, et qu'il la raconte, au retour, à son entourage. Dans d'autres occasions, au seuil des Ministères, il est saisi d'un doute, prend conscience de l'inanité de son roman et rentre chez lui, décidé à tout avouer à sa femme; mais, devant celle-ci, il s'intimide, et entre dans de nouvelles fabulations, dont il lui arrive de devenir la propre dupe. Un jour, il s'imagine avoir eu un entretien avec M. Poincaré, et avoir été décoré par lui pour son invention; il achète au Printemps un ruban rouge, qu'il met à sa boutonnière, et finit par convaincre ses parents et ses voisins, étonnés, de la réalité de cette décoration. Puis, au bout de quelques semaines, il cesse de porter son ruban rouge, sous prétexte que son invention n'est plus au point. Il passe ainsi, tour à tour, par une série d'états de conviction délirante et de lucidité, avec doute sur la réalité de son roman ; plusieurs fois, se promenant devant la maison d'un sénateur de ses amis, il lui est arrivé de se figurer avoir des entrevues avec celui-ci, lui serrer la main, converser et vivre ainsi tous les détails d'un dialogue, dont il répétait ensuite les termes à sa femme. Il croit, un jour, devoir toucher 500.000 fr., décide d'acheter un immeuble, dont il va discuter le prix avec le propriétaire. Dans un de ses moments de lucidité, il confie sa malheureuse situation à un prêtre qui convoque sa femme et lui conseille de faire soigner son mari; mais celle-ci et tout son

entourage se refusent à accepter la vérité, et, par leurs protestations, remettent le malade dans la voie du délire.

Dans ces derniers temps, de plus en plus anxieux, il songeait, dans les moments lucides, à se tuer, seul ou avec sa femme. Enfin, il se décide à confier sa situation à un commissaire de police, qui l'adresse à l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police.

Les périodes de délire imaginatif alternaient, dans la même journée, avec les périodes lucides ; celles-ci coïncidaient avec des maux de tête, des phosphènes et des crises de larmes. Les périodes délirantes s'accompagnaient de gaieté, d'euphorie et de la cessation de tous les malaises.

A l'Infirmerie, le malade, exempt de toute conviction pathologique, s'étonne d'avoir pu imposer, pendant si longtemps, à sa femme et à son entourage, des croyances aussi chimériques. Sa femme insiste sur la tendance très marquée, chez le malade, au mensonge et à la fabulation ainsi qu'au jeu. Elle explique son aveuglement par l'estime et l'admiration qu'elle professait pour son mari, qu'elle a toujours connu honnête, laborieux, et qui lui fournissait, sur ses découvertes, leur sanction officielle et leur succès prochain, des précisions et des détails en apparence décisifs.

Ce délire d'imagination, véritable *délire à éclipse*, dont nous ne connaissons pas d'autre exemple, est intéressant par son caractère paroxystique, par l'absence totale d'hallucinations et d'interprétations, par les fréquents épisodes de rêve vécus, au cours desquels le malade agissait et évoluait, à l'état de veille, dans un monde fictif, enfin par la puissance de contagion exercée sur l'entourage par le sujet, qui, subissant à son tour les influences nocives des convictions qu'il avait fait naître, trouvait, dans ces réactions interpsychologiques, les éléments d'entretien et d'aggravation de son propre délire.

De ces faits de Délire Imaginatif proprement dit, on peut rapprocher certains états mentaux imaginatifs, à évolution plus ou moins aiguë et paroxystique, signalés par Trenel et Raynier.

Ces auteurs rappellent l'observation d'un malade, suspect de démence précoce, et qui a été atteint d'exaltation des processus imaginatifs avec confusion des idées ; il s'agit, disent-ils, d'une sorte d'*onirisme imaginatif*.

Observation. — *Etats mentaux imaginatifs* (*présentation de malade*), par MM. Trenel et Raynier (1).

D... Eugène, employé de commerce, vingt-huit ans, entre le 10 novembre 1912 à l'Asile de Ville-Evrard.

Préfecture de Police (5 novembre 1912) : « Débilité mentale avec accès subaigu d'alcoolisme. Divagations. Tremblement des doigts. Arrêté après avoir brisé la glace d'un avertisseur, parce que, dit-il, il voulait voir l'âme qui brûlait dedans. »

A l'Asile, réflexions obsédantes et rumination de pensées. Voici quelques-uns des récits imaginatifs du malade :

« Je croyais que la Place des Victoires était minée et qu'au-dessous il y avait des cadavres ; on avait recouvert le tout avec du bois, et en oubliant d'éteindre. Dans mon esprit, j'étais reporté au temps de l'Inquisition ; d'après moi, c'était Satan qui mangeait les âmes du Ciel; il avait bondi par-dessus le Ciel et avait réussi à enflammer tout ; car, par-dessus le Ciel, il y a des zones qui se sont enflammées au passage de Satan en feu; il y a quarante mille ans déjà que la lutte dure entre le Christ et Satan ; on ne sait pas lequel est le plus fort des deux : moi, je suis appelé à être le pivot des deux dans la lutte, c'est-à-dire que Dieu le Père se réveille, renaît après des périodes de sommeil; mais Satan a réussi à bondir par-dessus lui, et Dieu le Père est enfoncé, ne peut pas mourir, mais ne peut pas renaître, car il n'a plus sa puissance. C'est comme cela que le Christ est prisonnier aussi, en voulant le délivrer ; pour le moment, Satan est vainqueur de la divinité; des âmes brûlées, il a formé Paris et Paris est formé de sept cents mondes l'un sur l'autre, c'est un rêve qui me l'a appris ; c'est l'esprit qui a marché comme cela ».

Il déclare que son esprit travaille continuellement. Il semble que ce soit là ce qui lui donne l'air distrait : « Je discute dans mon esprit tout ce que j'entends; je vais discuter et patati et patata, tout ce que vous aurez dit aujourd'hui... Je réfléchis, par exemple, je m'assieds au café, je pense à un individu qui casse les verres ; je me mets à raisonner là-dessus ; une fois que la scène est reproduite, ça passe. »

M. Trenel ajoute :

« Le malade se reproduit la scène : il y a là un double élément, d'abord une élaboration imaginative, primordiale, et, consécutivement, une véritable élaboration secondaire de représentations mentales qui paraissent être très complètes. Si bien que nous sommes tentés de croire que le malade n'a pas de véritables hallucinations du moins visuelles, mais qu'il extériorise les illustrations du roman qu'il se forge en une véritable cinématographie. Il y a là une sorte d'onirisme à l'état de veille, si l'on peut dire.

« En dernier lieu, nous ferons observer que, du moins au début, ainsi que nous le marquions dans notre certificat, à côté de l'aspect imaginatif du délire, le malade avait une véri-

(1) *Bulletin de la Société Clinique de médecine mentale*, juillet 1913.

table rumination de la pensée, et que toutes les idées qui lui passaient par la tête prenaient une forme d'interrogation dubitative. Il y avait là un phénomène spécial qui mériterait le nom d'imagination obsessive.

« Ce phénomène ne paraît pas s'accompagner d'angoisse. »

Caractères généraux des délires imaginatifs aigus

1° Caractères communs aux Délires imaginatifs aigus et chroniques.

Tous les délires imaginatifs naissent, selon l'expression des malades, par intuition, par révélation, par inspiration, par « préhension ». Ils se développent par voie de *fabulation* souvent exubérante, avec idéorrhée et logorrhée, parfois incoercibles : ils se traduisent, dans la conduite, par de véritables *fables en action*, jouées et vécues par le sujet, dans le monde fictif que l'imagination morbide surajoute ou substitue au monde réel ; dans certains cas, les éléments de la fabulation sont empruntés au milieu extérieur lui-même, considéré par le malade comme une apparence plus ou moins trompeuse, derrière laquelle se cachent les réalités révélées par l'intuition délirante. Cette fabulation, en partie *extemporanée*, c'est-à-dire improvisée au cours de la conversation, est spontanée ou provoquée, involontaire ou intentionnelle, — l'alternance et le mélange de *l'inventivité et de la suggestibilité, du mensonge et de la crédulité* étant une loi majeure de la psychologie de l'imagination.

Les thèmes les plus fréquemment développés sont les suivants : romans d'amour et d'aventures, romans de cape et d'épée, romans macabres et romans policiers, délires de grandeur familiale et filiale, délires d'invention. Beaucoup de ces variétés cliniques ne s'observent guère que dans les délires imaginatifs chroniques, que nous avons étudiés ailleurs et que, dans leur livre magistral sur *les Folies raisonnantes*, Sérieux et Capgras avaient déjà isolés comme un mode particulier de psychose interprétative, sous le nom de délire de fabulation (1). L'expression du délire est parfois compliquée par l'apparition intercurrente

(1) Sérieux et Capgras. Les Folies raisonnantes. Paris, Alcan, 1902.

d'accidents hystériques (attaques, spasmes, contractures, attitudes passionnelles, états léthargiques, cataleptiques, etc...) que nous avons rattachés, dans un travail antérieur, à une forme spéciale d'activité mythopathique, aboutissant à la reproduction, plus ou moins inconsciente et involontaire, des syndromes pathologiques. C'est la mythomanie corporelle surajoutée à la mythomanie psychique.

Il convient de noter deux particularités intéressantes, d'ordre affectif et esthétique, qui coexistent fréquemment avec les délires d'imagination : d'une part, la prédominance ordinaire des sentiments de grandeur, surtout de vanité, avec euphorie, bienveillance, aménité, expansion, générosité, humanitarisme, etc..., et, d'autre part, une note esthétique assez spéciale : compositions littéraires, versification, œuvres d'art (dessins, arts plastiques), goût de la mise en scène et des conceptions décoratives, fantaisie plus ou moins désintéressée, activité de jeu, etc...

Enfin, les antécédents décèlent, surtout dans les cas chroniques, la mythomanie constitutionnelle : aptitude au mensonge, à la fabulation, à la simulation, tendances romanesques, appétit de certaines lectures (feuilletons, mélodrames, etc...), goût électif des aventures policières, suggestibilité imaginative, instabilité, vagabondage, et, lorsque les perversions instinctives entrent en jeu, fréquence particulière de certains délits : escroqueries, faux, abus de confiance, donjuanisme et bigamie. Tous ces processus morbides évoluent presque toujours sur un fond de *débilité mentale* plus ou moins manifeste. La débilité mentale, en effet, apparaît comme une condition presque indispensable au développement et à la persistance de conceptions si fausses et si contradictoires, et étrangères à toute réalité.

2° Caractères particuliers aux délires imaginatifs aigus.

Ces caractères sont: la soudaineté et parfois la brusquerie du début, et, dans certains cas, l'instantanéité de l'édification du thème vésanique ; le fond d'excitation et de désordre psychiques sur lequel apparaît le délire ; l'absurdité souvent extrême de conceptions morbides. Il résulte de ces

caractères que le délirant imaginatif aigu présente parfois un état d'éréthisme et de désarroi intellectuels analogue à celui de certains maniaques et de certains confus. Il est souvent, d'ailleurs, difficile de fixer la part qui revient à l'élément maniaque ou confusionnel, dans le complexus morbide ; car l'excitation maniaque et la confusion mentale peuvent être invoquées, soit à titre d'élément causal, soit à titre d'élément associé.

Le diagnostic des psychoses imaginatives aiguës est dominé par la distinction, souvent délicate à établir, entre les états oniriques vrais et les états imaginatifs purs. L'*onirisme*, essentiellement constitué, d'après Régis, par l'exaltation de l'automatisme psychique, sur un fond de torpeur et de confusion mentales, se traduit par un syndrome, aigu ou subaigu, dont les éléments hallucinatoires et imaginatifs se combinent en un roman pensé et souvent vécu par le malade : ce roman, produit direct et presque toujours extemporané de l'automatisme mental, ne s'impose à la croyance et à l'activité du sujet que grâce au crépuscule qui obscurcit l'intelligence et la raison. Dans ces états oniriques, une même cause, l'intoxication exogène ou endogène, directe ou indirecte, provoque, à la fois, l'obnubilation intellectuelle et l'exaltation de l'automatisme sensoriel et imaginatif ; la nature toxique du syndrome onirique se marque, d'ailleurs, par les troubles somatiques concomitants. Les éléments hallucinatoires, imaginatifs et interprétatifs de l'onirisme sont d'ordre inférieur, confus, fantastique, fréquemment professionnel ; ils sont tellement semblables, dans leur caractère anarchique, inconsistant et fugace, aux éléments constitutifs du rêve, qu'ils apparaissent comme la matière même de ce rêve morbide que Régis a désigné sous le nom d'Onirisme. Il est inutile d'insister ici sur la justesse étiologique et clinique de ce vocable classique.

L'*état imaginatif* pur s'oppose à l'onirisme par les caractères suivants : il n'apparaît pas, tout d'abord, sur le fond confusionnel propice à l'éclosion du rêve pathologique ; dans les cas où il coexiste avec les signes de la confusion

mentale, c'est à titre d'association, dans un tableau complexe, où les éléments imaginatifs prédominent sur les éléments hallucinatoires et confusionnels. Ces faits cliniques réalisent, dans les psychoses imaginatives subaiguës symptomatiques, des termes de transition entre l'onirisme et le délire imaginatif. Le fond habituel sur lequel apparaît le délire d'imagination aigu est constitué par trois éléments : la faiblesse congénitale ou acquise de l'intelligence, l'éréthisme psychique, généralement transitoire, de nature maniaque ou toxique, enfin l'aptitude mythopathique constitutionnelle. Ces trois éléments, associés en proportions variables dans l'étiologie du délire imaginatif aigu, contribuent, pour une part souvent inégale, à l'édification d'un thème fantastique, dont l'absurdité, la richesse et l'énormité traduisent l'absence de jugement, l'excitation psychique et la fertilité imaginative. De tels délires apparaissent, en effet, presque toujours, chez des débiles ou des déments, à la faveur d'une crise d'excitation, passagère ou durable, à forme surtout intellectuelle et accessoirement motrice. Cette crise d'éréthisme psychique relève, le plus souvent, de l'hypomanie ; d'autres fois, d'une intoxication, généralement alcoolique ; dans d'autres cas, enfin, de ces bouffées d'excitation qui, indépendantes de toutes périodicité, accidentent le cours des débilités ou des démences. Le délire d'imagination put s'exprimer également dans la forme anxieuse des états de dépression, sur un thème de ruine, de culpabilité, d'hypocondrie ou de damnation. Enfin, certaines psychoses imaginatives aiguës s'organisent, chez des sujets non débiles et non déments, sous l'influence de la déséquilibration paranoïaque et des dispositions personnelles à la mythomanie, mises en jeu par l'excitation intercurrente.

D'autres caractères distinctifs séparent les états oniriques des états imaginatifs. Ceux-ci ne comportent pas, en général, d'hallucinations. Les troubles psycho-sensoriels, lorsqu'ils existent, sont accessoires, épisodiques et ne possèdent pas, comme dans les états oniriques, le caractère des hallucinations toxiques. Les Délires Imaginatifs

ne comportent pas, dans leur sémiologie habituelle, les troubles profonds de la mémoire qui, joints à la confusion mentale, spécifient la nature onirique des délires toxiques. Il existe, au cours des psychopolynévrites, des délires imaginatifs, le plus souvent aigus ou subaigus, dans lesquels le processus vésanique se combine à une amnésie souvent considérable et à de la confusion mentale. Ces états constituent des faits de transition entre les états oniriques et les états imaginatifs, avec participation plus ou moins grande, dans le syndrome, du rêve, de la rêverie et de la fabulation extemporanée. Dans la presbyophrénie chronique, où il existe de l'amnésie et de la désorientation, le délire d'imagination, symptomatique de l'aptitude mythomaniaque, révélée par la démence, se distingue franchement du délire onirique par l'absence de la plupart des éléments psychiques et somatiques des états confusionnels proprement dits.

D'une manière générale, le délire onirique évolue sur un fond de torpeur, d'hébétude, d'obtusion, qui voile plus ou moins complètement la réalité objective aux yeux et à la conscience du malade : celui-ci, plus ou moins absent du monde extérieur, plongé dans un état de sommeil plus ou moins léger ou profond, vit un rêve morbide que traduit le vocable d' « onirisme ». Le Délire Imaginatif, au contraire, est compatible avec la clarté des perceptions, la lucidité de la conscience et la persistance de l'activité intellectuelle ; le malade, présent au monde extérieur, bien orienté, improvise un roman qu'il rattache, non pas par voie hallucinatoire, mais par affirmation pure et simple, à la réalité, au milieu de laquelle il continue à vivre, en homme éveillé et non pas en rêveur.

Mais il existe entre le Délire Onirique et le Délire Imaginatif des faits d'association et de transition aussi nombreux que ceux qui relient le sommeil et la veille, le rêve, la rêverie et l'improvisation romanesque. Un exemple intéressant de ces faits de transition, dans la pathogénie desquels il est impossible d'apprécier la part respective de l'onirisme et de l'imagination morbide, est celui du

malade dont l'observation a été rapportée par l'un de nous avec Le Savoureux (1). C'est, en effet, dans un état de somnolence et de rêverie, à la suite d'excès de boisson, que cette femme s'est, à vingt-cinq ans d'intervalle, accusée d'avoir jeté à l'eau, d'abord sa fille, et ensuite sa petite-fille ; la conviction morbide, dans les deux cas d'une durée de quelques heures, apparut la seconde fois comme la reproduction stéréotypée du premier drame. Ce fait peut rentrer dans la catégorie de ceux que Klippel et Trenaunay (2) ont groupés dans leur intéressante étude des délires systématisés de rêve à rêve. Le processus morbide, souvent constitué par la multiplicité et l'enchevêtrement de plusieurs éléments, d'ordre étiologique et clinique, d'origine congénitale ou acquise, devient alors mixte et rend difficile, parfois même impossible, la distinction entre la nature onirique et imaginative des conceptions morbides. Ce problème, en pareil cas négligeable, n'a d'intérêt pratique que dans les formes extrêmes de la pathologie du rêve et de l'imagination. Car les cas d'onirisme pur, relevant de l'intoxication, comportent des indications pronostiques et thérapeutiques, qui ne s'appliquent pas aux faits d'imagination morbide où l'étiologie, dans ses éléments fondamentaux et occasionnels, relève de la constitution même du sujet.

En résumé, dans les psychoses d'imagination comme dans les psychoses d'interprétation, les délires systématisés *chroniques* sont le produit direct de la *constitution paranoïaque*, avec, selon les cas, expression paralogique ou fabulante. Il s'agit, dans tous ces faits, de vésanies chroniques, non hallucinatoires, avec mélange inégal des deux processus interprétatif et imaginatif, ou existence unique de l'un des deux : ce sont là des psychopathies constitutionnelles prolongées et, la plupart du temps, incurables.

Au contraire, dans les psychoses imaginatives *aiguës*, l'*étiologie* est tellement *complexe* et variable, et l'expres-

(1) Dupré et Le Savoureux. Auto-dénonciation récidivante chez une dipsomane. *Gazette des Hôpitaux*, 4 mars 1914.
(2) Klippel et Trenaunay. *Revue de Psychiâtrie* 1900 et 1901.

sion clinique si polymorphe et fugace que, en dehors des cas où l'interprétation et l'imagination ne jouent qu'un rôle épisodique au cours d'une maladie avérée, le problème clinique et pronostique se présente comme très difficile ; le secret de ce problème gît dans l'analyse exacte et minutieuse des éléments constitutifs de la situation pathologique. C'est ici le cas de rappeler les paroles de Chauffard, dans sa conférence au Congrès de Londres sur le Pronostic : « Il faut que notre analyse essaie de dissocier l'infinie complexité des mécanismes pathogéniques, l'enchaînement des actions et des réactions secondaires, et nous ne pouvons, sur un cas donné, porter une conclusion pronostique qu'en tenant compte de tous ces facteurs. »

CHAPITRE VII

LE PSYCHO-DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

A l'histoire des Délires d'Imagination, on peut rattacher les études si originales et si fécondes que le professeur Dupré a consacrées au diagnostic psychologique de la paralysie générale.

Insistant sur les traits distinctifs de l'état mental paralytique, il a, notamment dans le Traité de Pathologie Mentale de G. Ballet, au chapitre des Psychopathies organiques, décrit la démence paralytique avec une rigueur et une précision cliniques qu'on n'avait pas encore atteintes. Il a montré les caractères essentiels de cette démence si particulière, qui est « inconsciente d'elle-même », le malade ne s'apercevant pas de sa propre déchéance ou ne s'en affectant pas, dans la mesure, d'ailleurs toute relative, où il peut la constater.

En l'absence du contrôle intellectuel, totalement aboli au cours de cette démence globale, l'imagination non réfrénée tend à s'exalter ; elle peut aboutir à la création de ces délires de grandeur incohérents, absurdes et contradictoires, si fréquents dans la paralysie générale.

Le Professeur Dupré a montré que ces délires, qui ne sont habituellement fondés ni sur des hallucinations ni sur des interprétations, relèvent d'un mécanisme exclusivement imaginatif ; la libération de l'automatisme idéatif a pour résultat une sorte de fabulation « colossale », extravagante et outrancière, qui, par sa seule présence, doit toujours éveiller dans l'esprit du médecin le soupçon de paralysie générale.

Le diagnostic psychologique de la paralysie générale a été résumé, de façon très claire, dans un article que le Professeur Dupré a publié dans le Journal médical français (1), *sous ce titre : « Le psycho-diagnostic de la paralysie générale.*

(1) DUPRÉ et LOGRE. *Journal médical français* n° du 15 février 1914.

LE PSYCHO-DIAGNOSTIC
DE LA PARALYSIE GENERALE

De toutes les démences, la paralysie générale est certainement celle qui offre, pour le praticien, le plus d'intérêt, à cause de sa fréquence, à cause des circonstances d'âge et d'activité au milieu desquelles elle atteint l'individu ; à cause de la gravité de ses conséquences professionnelles, morales et matérielles, pour le malade et sa famille ; enfin à cause des questions de pronostic et de traitement, étroitement liées à la solution du diagnostic.

Ce diagnostic est subordonné, selon la notion classique, à la constatation d'une double série de signes, les uns *psychiques*, les autres *physiques*.

Les signes *physiques*, dont la recherche s'impose au clinicien qui soupçonne l'existence de la paralysie générale, sont : les troubles de la parole, les symptômes pupillaires, les altérations de la réflectivité tendineuse, le tremblement et l'instabilité de la langue, des lèvres et des mains, les désordres de l'écriture, la notion des ictus et des paralysies passagères, enfin les modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien (albumine, lymphocytose, Wassermann).

Les signes *psychiques* sont : d'abord la démence, c'est-à-dire l'affaiblissement, à tous les degrés, de l'activité psychique ; ensuite les états d'excitation et de dépression, enfin les idées délirantes.

Il est certain que, lorsque l'on constate, chez un malade, la coexistence de ces deux séries symptomatiques, le

diagnostic de paralysie générale s'impose. Mais il arrive très souvent, notamment au début de la maladie, c'est-à-dire à la période où le diagnostic a le plus d'intérêt, que le tableau clinique, bien que composé d'éléments à la fois physiques et psychiques, apparaisse incomplet et que le médecin, selon les tendances de son caractère et le degré de son expérience, affirme à tort, ou, au contraire, méconnaisse la paralysie générale.

Les différents signes, somatiques ou mentaux, plus haut signalés, possèdent une valeur sémiologique très inégale, selon la signification étiologique, topographique ou évolutive qu'ils comportent. La plupart des signes physiques, en effet, révèlent, non pas la paralysie générale, mais la *syphilis chronique* du névraxe et des méninges (symptômes oculaires, troubles moteurs, données de la ponction lombaire). La plupart également des signes mentaux (troubles de l'humeur et de l'activité, conceptions délirantes) apparaissent parfois comme douteux, contingents, variables, non pathognomoniques de la paralysie générale. Ils peuvent s'observer au cours de diverses affections mentales (débilité et déséquilibre psychiques, crises essentielles d'excitation ou de dépression, certains états vésaniques, épileptiques ou toxiques).

Dans cette double série d'éléments physiques et psychiques, deux symptômes doivent, avant tous les autres, s'imposer à l'attention du médecin : l'un, d'ordre moteur, est la *dysarthrie*, l'autre, d'ordre psychique, est la *démence*.

Le trouble de la parole, la *dysarthrie* de la paralysie générale apparaît, en effet, parmi tous les autres désordres moteurs, d'ailleurs contingents, de la maladie, comme un symptôme tellement capital par sa quasi-constance, par la spécificité de ses caractères, par son association aux autres troubles du mouvement dans le même domaine fonctionnel (instabilité et tremblement de la langue et des lèvres) qu'elle suffit souvent, pour un aliéniste, c'est-à-dire pour un praticien à l'oreille spécialement exercée, à faire reconnaître, à elle seule, l'existence de la paralysie géné-

rale. Le psychiâtre peut, en effet, diagnostiquer la maladie chez un sujet qu'il n'a pas encore vu, mais dont il entend la parole dans le voisinage. Il convient d'ajouter ici que le syndrome dysarthrique, susceptible d'autoriser un diagnostic pour ainsi dire purement auditif, revêt encore plus de valeur lorsque le médecin peut l'observer, non seulement par l'oreille, mais par les yeux et suivre, sur le visage du malade, au cours de l'articulation verbale, les tressaillements spasmodiques, les petites secousses convulsives et les contractions fibrillaires, qui pour l'inspection représentent les équivalents visuels des éléments auditifs de la dysarthrie. Mais la dysarthrie, surtout au début de l'affection, peut faire défaut ; lorsqu'elle existe, elle est souvent intermittente et ne se manifeste que dans quelques circonstances susceptibles de provoquer normalement un certain embarras de la parole : fatigue, alcoolisme, lésion linguale, édentation, émotion, accélération du discours, prononciation de mots d'épreuve, etc. Sa constatation, surtout chez certains sujets atteints de vices congénitaux de l'élocution, devient alors malaisée et sa valeur sémiologique équivoque.

A cette inconstance, à cette discontinuité et à cette incertitude relatives du plus important des signes physiques de l'affection, on peut opposer la constance, la continuité et la signification véritablement pathognomonique, dans la majorité des cas, du symptôme psychique essentiel de la paralysie générale : la *démence*. Cette *démence paralytique*, par l'ensemble de ses caractères, peut, avant l'apparition de tout autre signe, permettre au clinicien d'affirmer le diagnostic de paralysie générale. L'état mental est le réactif le plus sensible et le plus délicat de la méningo-encéphalite diffuse à prédominance frontale, qui spécifie cette forme tardive de syphilis du névraxe ; et le diagnostic, surtout le diagnostic précoce de la paralysie générale, relève avant tout de cette méthode d'analyse et d'interprétation des symptômes purement psychiques, qui, par analogie avec les méthodes de laboratoire du cyto et du séro-

diagnostic, doit prendre rang, en clinique, sous le nom de *psycho-diagnostic*. (1)

La démence de la paralysie générale, symptôme fondamental de l'affection, se spécifie, entre toutes les autres variétés de démences, par plusieurs caractères majeurs, que nous allons rappeler, en les distinguant, d'après leur nature, en *psychologiques*, *physionomiques* et *évolutifs* (2).

Au point de vue *psychologique*, la démence paralytique est *globale* : elle affaiblit d'abord et détruit ensuite, par une atteinte générale, l'activité psychique dans tous ses modes : intellectuel, affectif, moral et volontaire. La diminution du jugement et l'amnésie vont de pair avec l'indifférence, l'apathie, l'abaissement du niveau moral et la déchéance de la volonté. Cette démence globale est, au début, légère et incomplète, mais elle n'est jamais partielle; elle apparaît ensuite, par ses progrès plus ou moins rapides, de plus en plus profonde et complète; et elle finit, sans avoir cessé d'être globale, par devenir totale.

La diminution intellectuelle du paralytique est due, non seulement à l'amoindrissement fonctionnel des éléments cellulaires de l'écorce en général, mais encore et surtout, au début, à l'interruption des connexions qui réunissent les divers centres corticaux. L'ataxie des opérations mentales, la *dissociation intra-psychique* précèdent ou plutôt inaugurent la démence ; elles se caractérisent par l'absence de lien et de coordination entre les différents états affectifs et intellectuels qui se suivent, mais ne se continuent pas. Le malade sourit et paraît satisfait au moment même où il exprime ses inquiétudes sur sa santé et la crainte de mourir. Il déclare qu'il est millionnaire et ajoute aussitôt qu'il ne gagne que cinq francs par jour, etc. L'idée passe à l'acte sans contrôle et sans frein, et cette impulsivité réflexe se traduit par des réactions soudaines et automatiques, d'une haute importance médico-légale (vol aux étalages, attentat

(1) DUPRÉ. Article Paralysie générale. Traité de Pathologie mentale, publié sous la direction de Gilbert Ballet.

(2) DUPRÉ. Diagnostic différentiel entre la démence paralytique et les autres formes de démences. *Rapport au Congrès international de psychiâtrie*. Amsterdam 1907.

à la pudeur, suicide absurde, etc.). Les matériaux psychiques, souvent encore abondants, sont remarquables, dans la paralysie générale, par leur discordance et leur incompatibilité. Aucun état mental ne réalise mieux *l'association des contraires*. Il nous suffit de rappeler ici les caractères classiques, attribués par J. Falret aux conceptions des paralytiques généraux : elles sont *multiples, mobiles, incohérentes, absurdes et contradictoires*.

La démence paralytique est donc une démence particulière, faite du fonctionnement isolé, fragmentaire, de petits systèmes corticaux discontinus, disloqués, sans rapport les uns avec les autres. Le malade émet par exemple une première idée, puis une seconde; toutes deux sont logiques en elles-mêmes, mais inconciliables entre elles; si elles coexistent dans son esprit sans s'exclure, c'est parce qu'elles sont nées sans se connaître et qu'elles sont émises sans s'associer : il y a *juxtaposition de concepts isolés et non combinaison d'idées associées.* La synthèse psychique ne s'opère plus.

Un autre grand caractère psychologique de la démence paralytique est de déterminer souvent une transformation profonde de la *personnalité*, une inversion plus ou moins complète de la formule intellectuelle et morale du sujet. Le malade change de caractère, d'habitudes, de genre de vie, manifeste d'autres goûts, d'autres tendances, etc.; tel sujet, timide et réservé, devient entreprenant et audacieux; il fait des achats disproportionnés avec ses ressources; il se lance dans des spéculations hasardeuses; l'homme de mœurs sévères étonne et indigne son entourage par le cynisme de ses discours ou de ses gestes et le scandale de ses débauches; bref, les propos, la tenue et la conduite contrastent avec le langage, l'attitude et les actes de la personnalité antérieure.

Rien de plus variable d'ailleurs et de plus inconsistant que les sentiments et les dispositions du malade. A quelques jours, à quelques instants d'intervalle, le dément paralytique apparaît comme un tout autre personnage, tour à tour triste ou gai, colèreux ou bienveillant, bavard ou

taciturne, etc. La mutabilité du caractère et de l'humeur est une loi de la psychologie paralytique.

Au milieu de l'ensemble de ces manifestations de la désagrégation mentale et du changement de la personnalité morale des malades, le *symptôme psychique capital* de la paralysie générale, capital par sa précocité, sa constance, sa continuité, son caractère presque pathognomonique, c'est celui que l'un de nous a décrit et désigné sous le nom de *diminution ou disparition de l'autocritique* : il consiste dans la perte du jugement de soi-même, du contrôle personnel, de la critique de ses actes et de sa conduite. Spontanément et de lui-même, le paralytique général ne remarque pas le profond changement de sa personnalité, ni l'abaissement de son intelligence. Mis en présence des symptômes les plus flagrants de sa déchéance psychique, de son amnésie, des preuves les plus objectives de ses troubles moteurs, des imperfections de son langage, etc., le paralytique ne s'y arrête pas, ne s'en émeut pas, n'y prête aucune attention, ou les constate en plaisantant, en donnant les explications les plus niaises et les plus puériles. Alors même qu'il semble s'affecter, une minute après il n'y pense plus et rit de bon cœur de ce qui devrait le plus l'inquiéter.

Schüle a dit, il y a déjà longtemps, que le paralytique général devient un tout autre personnage, *sans s'en apercevoir;* il faut ajouter : et surtout *sans s'en émouvoir.*

La disparition de l'autocritique est bien démontrée par cette méthode d'examen clinique que l'on pourrait appeler *l'autoconfrontation*, et qui consiste à placer le sujet en face de lui-même, à provoquer son jugement sur ses propos, ses actes, les conséquences de sa conduite, etc.; ce procédé permet, par l'étude des réactions du malade sur sa propre personne, d'apprécier et de mesurer le degré et les qualités de l'autocritique.

Un autre grand caractère, non pas propre à la démence paralytique, mais dont les conséquences sont plus intéressantes à observer chez les paralytiques généraux que chez les autres déments, est la conservation de l'*automa-*

tisme psychique, jusqu'à une période très avancée de la maladie. Grâce à la persistance prolongée de cet automatisme, qui assure la ponctualité des habitudes, l'observance de la politesse, l'exécution des devoirs professionnels, etc., le malade continue à vivre comme tout le monde et à tenir à peu près convenablement sa place dans la famille et dans la société. Les absences de mémoire, les écarts de conduite, les troubles du caractère sont mis sur le compte de la fatigue, de la distraction, etc. C'est ainsi que ces malades arrivent assez souvent, au milieu de l'inconscience générale de leur famille et de leur entourage, de leurs collègues (dans les bureaux, dans l'armée, dans les administrations), à la période d'état de la paralysie générale.

Parfois, ces paralytiques méconnus exercent des fonctions délicates et continuent, jusqu'à la veille du jour de leur internement, à assumer une responsabilité périlleuse, dans les situations de conducteur de trains, de pilote, etc.

Le malade, incapable d'initiative personnelle (en dehors des états d'excitation ou de délire), mais indifférent, *suggestible*, porté à l'imitation, et d'ailleurs souvent *euphorique* et bienveillant, accommode docilement son automatisme passif à l'initiative d'autrui et semble ainsi participer à l'activité de l'entourage. Mais cette participation n'est qu'apparente : elle résulte seulement du reflet de la mimique et de l'écho des paroles d'autrui, sur le facies et dans le langage du paralytique. Sans comprendre les conversations auxquelles il assiste, le paralytique s'y associe néanmoins du regard et du geste, en riant lorsqu'on rit, en affectant un air sérieux lorsqu'on s'attriste, en prenant l'air surpris lorsqu'on s'étonne. Le malade approuve toujours de la tête et de la parole, à tous les moments de la conversation. On peut tenir, devant lui, sur sa maladie et son avenir, les discours les plus explicites : il les écoute, a l'air de les suivre, émet de temps à autre des « oui, oui, c'est cela ! » en opinant de la tête. Cette *approbativité*, stigmate d'optimisme moral, jointe à l'inintelligence du dis-

cours, stigmate de démence, est vraiment spéciale au paralytique.

Enfin, toujours à cause de l'automatisme des paralytiques et de l'illusion sentimentale des profanes, il se crée, autour de ces sujets, de la part de leurs parents et de leurs voisins, une *interpsychologie* particulière, une *réaction paradoxale de l'entourage vis-à-vis du paralytique*, résultant de l'adaptation progressive et insconsciente de l'entourage au déficit intellectuel du malade. Tant que l'éclat d'une bouffée délirante ou le scandale d'un acte délictueux ne troublent pas cette accommodation psychique réciproque, le paralytique vit méconnu au milieu de ceux qui sembleraient le mieux placés pour l'observer, le connaître et, par conséquent, juger des progrès de sa démence et du changement de sa personnalité.

En résumé, les symptômes psychologiques qui nous paraissent spécifier, du point de vue du diagnostic différentiel, la démence paralytique parmi les autres démences, sont les suivants :

Affaiblissement global des facultés.
Dissociation intrapsychique.
Altération de la personnalité.
Disparition de l'autocritique.
Conservation de l'automatisme mental.
Approbativité.

Ces caractères, dont l'importance est d'ailleurs fort inégale, ne valent que par leur apparition collective sur le fond commun de la démence dont ils sont les révélateurs.

A côté de ces symptômes fondamentaux, la démence paralytique offre certains caractères plus extrinsèques qu'intrinsèques, c'est-à-dire appartenant plutôt aux complications et aux concomitances symptomatiques de la démence qu'à la démence elle-même, mais qui sont particulièrement précieux à retenir : d'abord à cause de leur fréquence, ensuite à cause du cachet spécifique que leur imprime la démence paralytique. L'excitation maniaque, la dépression mélancolique, les délires hypocondriaques, de persécution et surtout de grandeur, sont inconsistants,

variables, polymorphes. Les caractères de la psychologie du paralytique, la mobilité, l'incohérence, la contradiction des idées et des actes se retrouvent, amplifiés et exagérés par les états morbides de l'humeur et de l'intelligence, dans ces complications, le plus souvent transitoires, de l'affaiblissement démentiel.

Nous voulons insister ici sur un syndrome particulier qui, surtout lorsque le malade n'était pas antérieurement un débile, permet d'affirmer, presque à coup sûr, la paralysie générale : c'est le *délire d'imagination, fantastique et colossal*, dont nous avons indiqué ailleurs la fréquence et l'intérêt diagnostique dans cette affection (1). Voici ce que l'un de nous, dès 1907, écrivait au sujet de ces délires d'imagination (2).

« Le délire de la paralysie générale, quelle que soit sa nature, mégalomaniaque, hypocondriaque, etc., n'est presque jamais hallucinatoire et rarement interprétatif. Il est surtout un délire d'imagination, un délire de fabulation fantastique, au thème duquel le malade n'attache, d'ailleurs, aucune importance. Les conceptions atteignent les extrêmes limites de l'extravagance : le délire prend des proportions colossales. Les malades planent, dans leurs rêves, hors du temps et de l'espace; les expressions superlatives ne suffisent pas à traduire leur puissance ou leur détresse, leur opulence ou leur misère : ils s'attribuent *tous* les mérites, *tous* les titres, *toutes* les richesses, *toutes* les maladies et ce vocable « *tout* » joue, selon la remarque de J.-P. Falret, le même rôle caractéristique, dans le langage des paralytiques que le mot « on » dans celui des persécutés. »

Rappelons en terminant cette énumération des symptômes psychologiques de la paralysie générale, que certains signes, de haute valeur diagnostique, comme les *troubles de l'écriture* et de la *parole* sont *mixtes*, c'est-à-dire à la fois psychiques et physiques. La *graphologie* comporte, à côté des stigmates dits *calligraphiques* (mal-

(1) DUPRÉ et LOGRE. Les Délires d'Imagination. *Encéphale*, 1912.
(2) DUPRÉ. Congrès d'Amsterdam. Loc. cit.

formation des lettres et des signes) des stigmates dits *psychographiques*, de valeur sémiologique au moins égale (oublis, répétitions, additions, surcharges, désordre, négligence, etc.); la *dysarthrie* elle-même, si caractéristique par ses accrocs dus au spasme, à l'ataxie et au tremblement, achève d'acquérir une signification décisive par l'ensemble des stigmates psychiques de la démence paralytique (oublis et répétitions de syllabes, monotonie inexpressive de l'élocution, absence de rectification des erreurs, inconscience du trouble morbide).

Au point de vue *physionomique*, la démence paralytique imprime au visage du malade des modifications précoces et typiques, susceptibles d'orienter, parfois à première vue, le diagnostic du médecin vers la paralysie générale. Le *masque paralytique* est caractérisé par l'expression indifférente, niaise, atone, souvent béate, parfois hébétée et comme endormie du facies ; en vertu d'un certain degré d'hypotonie musculaire dans le domaine du facial supérieur et de l'oculomoteur commun, il existe souvent une tendance à un ptosis incomplet, qui rétrécit les fentes palpébrales, et une élévation des sourcils avec plissement transversal du front, qui donnent au sujet l'air d'un homme mal éveillé. Les tressaillements spasmodiques, les tremblements parcellaires, visibles surtout au commencement de l'articulation des mots, et parfois provoqués par la seule intention de parler, les déformations, le myosis, l'inégalité et la rigidité des pupilles achèvent de spécifier le masque paralytique.

Au point de vue *évolutif*, la démence paralytique a une formule qui lui appartient en propre. Elle est, par excellence, la *démence de l'âge adulte;* elle atteint la personnalité en pleine activité professionnelle et sociale.

La démence, dans la paralysie générale, est *précoce* par rapport à l'apparition des autres troubles. Elle est *irrégulière*, *rémittente* et *progressive* dans sa marche générale. Ce qui constitue la rémission, c'est l'atténuation ou la dis-

parition d'un phénomène ou d'un groupe de phénomènes, de nature épisodique; mais le fond même de la maladie, l'état démentiel et souvent un certain degré d'ataxo-parésie motrice demeurent.

Dans leur intéressant essai de représentation graphique des démences, Gilbert-Ballet et Genil-Perrin (1) ont figuré, pour chaque espèce de démence, la diminution relative de chaque forme de l'activité psychique (affectivité, attention, mémoire, association et jugement, activité générale), mesurée à une cote conventionnelle de niveau, dans les cinq colonnes correspondant à ces cinq facultés.

La comparaison des différents tableaux dressés pour chaque variété de démence (démence paralytique, démence organique, démence sénile, démence précoce) met bien en lumière l'abaissement, simultané et presque égal, du niveau de toutes les colonnes graphiques, dans la paralysie générale, et traduit ainsi à l'œil, dans un graphique démonstratif, le caractère global, massif de la déchéance paralytique, différent du caractère partiel et spécifique du déficit mental dans les autres démences.

Ainsi spécifiée par ses grands caractères psychologiques, cliniques et évolutifs, la démence paralytique peut difficilement être confondue, dans la grande majorité des cas, avec les autres formes de démence.

La discussion du diagnostic de la démence paralytique se limite, dans la pratique, aux démences déterminées par les lésions diffuses soit des intoxications chroniques, particulièrement de l'alcoolisme, soit de l'artériosclérose et de la sénilité, soit enfin et surtout de la syphilis cérébrale.

La démence paralytique n'étant qu'une forme tardive et spéciale de syphilis cérébrale, on conçoit, en raison de la communauté des éléments, soit étiologiques (accidents spécifiques, signe d'Argyll, lymphocytose céphalo-rachidienne, Wassermann, etc.), soit topographiques (signes de méningo-encéphalite plus ou moins diffuse), soit même évolutifs (démence progressive plus ou moins rapide, gâtisme,

(1) Gilbert-Ballet et Genil-Perrin. Essai de représentation graphique des démences. *Soc. de psychiâtrie*, janvier 1914.

15

mort), à quel point il peut être difficile de distinguer entre elles les deux affections. Et cependant ce *diagnostic différentiel est d'un intérêt capital pour le pronostic et la thérapeutique.* La syphilis cérébrale qui aboutit, parfois très rapidement, au gâtisme et à la mort, *n'a pas cependant l'évolution fatalement progressive* de la paralysie générale; enfin et surtout, tandis que la syphilis cérébrale est justiciable du traitement ordinaire de la syphilis (mercure, arsenic) et peut être améliorée considérablement ou même *guérie par une intervention thérapeutique opportune*, la *paralysie générale*, répondant à un autre processus lésionnel, se montre *rebelle au mercure qui souvent la complique et l'aggrave ;* et si le traitement arsenical peut, dans certaines conditions, relever l'état général, il serait assurément prématuré de parler de la vertu curative du « 606 », de l'hectine ou des essais thérapeutiques de von Wagner et de A. Pilcz (de Vienne), par l'association du mercure à la tuberculine, au nucléinate de sodium ou aux cultures cocciques. En présence d'un syndrome paralytique, le *problème du pronostic* et du traitement se ramène donc essentiellement à un *problème de diagnostic*; aussi, avant de proclamer l'amélioration ou la guérison de la paralysie générale par le mercure ou l'arsenic, le médecin doit-il s'assurer, dans la mesure du possible, qu'il n'a pas commis la confusion, fréquente et facile, entre la syphilis cérébrale, accessible au traitement, et la paralysie générale, dont la marche est essentiellement progressive et fatale. Tous les signes physiques de la paralysie générale, sauf peut-être la dysarthrie caractéristique, pouvant faire partie du tableau de la syphilis cérébrale, on saisit, dans ce diagnostic différentiel, l'importance décisive du *psychodiagnostic.*

La démence de la syphilis cérébrale, au lieu d'être globale, comme la démence paralytique, est *partielle*, lacunaire, inégale et élective dans ses atteintes; elle compromet certains modes de l'activité psychique : mémoire, association des idées, capacité de travail, etc., plutôt qu'elle ne diminue en masse l'intelligence. Les facultés psychiques

subissent une réduction plus ou moins considérable, mais partielle, et non pas un effondrement massif et général.

La démence syphilitique n'altère pas si profondément le caractère et ne métamorphose pas, au même degré, la constitution mentale du malade. Elle n'enlève pas au sujet, dans l'immense majorité des cas, la notion de sa personnalité passée et actuelle, ni celle de l'orientation. Elle ne comporte pas la même mobilité ni la même incohérence des symptômes, la même euphorie niaise, la même approbativité. L'amnésie continue ne s'accompagne souvent pas de fabulation; ou, si la réaction imaginative intervient, ce n'est jamais sous la forme du délire imaginatif absurde, fantastique et colossal, caractéristique de la paralysie progressive.

Le sujet conserve la faculté de *l'auto-critique*. Il est plus ou moins conscient de sa diminution intellectuelle : il n'est pas indifférent à sa déchéance et il ne faut pas prendre pour des marques d'inconscience ou d'apathie, les effets de la dépression ou de la torpeur, qui l'emportent souvent chez lui sur l'affaiblissement intellectuel proprement dit et la déchéance affective ou morale. L'hébétude, l'obnubilation, l'inertie, fréquemment accompagnées de céphalée continue et gravative, rappellent l'état mental, soit des intoxications et des psychoses confusionnelles, soit des tumeurs cérébrales. A travers les lacunes et les troubles psychiques, dont l'évolution procède souvent par variations assez brusques, par éclipses soudaines et plus ou moins électives, l'analyse clinique permet de déceler, non pas le fond démentiel de la paralysie générale, mais une conservation relative de l'activité mentale, dont on arrive, en excitant les sujets, à réveiller les manifestations.

Contrairement à la démence paralytique, la démence syphilitique apparaît, non pas comme le symptôme essentiel d'une maladie progressive et fatalement mortelle, mais comme le résultat contingent de lésions corticales, conciliables, dans une certaine mesure, avec la santé physique, et souvent susceptibles de se limiter ou de rétrograder.

Lorsque la syphilis, héréditaire ou précoce, détermine,

chez l'enfant, les lésions méningo-corticales diffuses, elle peut simuler la *paralysie générale infantile* ou juvénile. Le meilleur critère diagnostique gît, ici encore, dans l'évolution de la démence et de la maladie. La paralysie générale évolue, plus ou moins lentement, vers le marasme et la mort. La démence syphilitique, surtout si elle est traitée, reste stationnaire ou régresse et aboutit à un état de démence infantile, d'idiotie acquise, dont l'anamnèse peut reconstituer l'origine et la nature.

Nous nous contenterons de rappeler ici l'importance, souvent décisive en faveur de la syphilis cérébrale, de l'apparition de symptômes révélateurs de *lésions en foyer* (ictus apoplectique, hémiplégie ou monoplégie persistantes, paralysies oculaires, épilepsie, surtout jaksonnienne, aphasie, vertiges, céphalée tenace, etc.) On sait que la syphilis cérébrale se manifeste parfois sous la forme anatomique et par le tableau clinique des *tumeurs cérébrales;* et c'est alors surtout, en raison de la coexistence des signes de syphilis chronique, que le diagnostic de paralysie générale et de tumeur cérébrale peut être difficile à trancher.

Mais, même lorsque des symptômes de lésion nettement localisée interviennent et imposent le diagnostic de syphilis cérébrale tertiaire, le *psycho-diagnostic ne perd pas ses droits*, et peut, à lui seul, faire soupçonner *l'association*, signalée dans quelques cas, de *lésions syphilitiques et paralytiques*. Dans ce tableau clinique *mixte*, le diagnostic différentiel de la nature de la démence s'établit par les caractères psychologiques particuliers de la paralysie générale, et par l'évolution progressive et fatale du syndrome paralytique; les troubles moteurs, au contraire, et les ictus révélateurs de gomme, d'artérite ou de méningite localisée, rétrocèdent ou même disparaissent, dans certains cas, sous l'influence du traitement : celui-ci, d'accord avec le psycho-diagnostic, opère ainsi la dissociation entre les deux processus anatomiques de la syphilis cérébrale et de la paralysie progressive.

L'étude des démences en général et de la démence paralytique en particulier, démontre ainsi que l'analyse et l'in-

terprétation des éléments purement psychiques apportent souvent un appoint de notions précieuses, ou même décisives, au diagnostic anatomique des encéphalopathies. L'examen soigneux des modalités les plus subtiles de l'état mental constitue un supplément d'enquête indispensable au cours, non seulement des affections cérébrales, mais encore de la plupart des maladies.

Il y a trente ans, à l'époque où, sous l'impulsion de Charcot et de ses élèves, la méthode anatomo-clinique enrichissait la neurologie de si remarquables acquisitions, le maître de la Salpêtrière résumait l'essence de sa doctrine en proclamant qu'il faut *penser anatomiquement*. Plus tard, l'enseignement des professeurs Lépine et Grasset démontra la nécessité de *penser physiologiquement*. Aujourd'hui ces deux formules restent justes, mais ne suffiraient pas à assurer le diagnostic, si on ne les complétait en ajoutant qu'il faut *penser psychologiquement*. Non seulement en psychiâtrie, mais aussi en médecine générale, cette pensée psychologique permettra au clinicien d'apercevoir, avec plus d'exactitude et de finesse, le siège et l'étendue des lésions, la nature de la maladie et l'avenir réservé au malade. Ainsi se justifie, par sa portée et ses résultats pratiques, cette méthode d'analyse et d'interprétation des éléments purement psychiques appliquée à l'étude des maladies et des affections cérébrales en particulier, sous un nom qui en résume les éléments, les procédés et le but : la méthode du *psycho-diagnostic*.

CHAPITRE VIII

LE TÉMOIGNAGE

LE TEMOIGNAGE

Une conclusion naturelle, essentiellement pratique, des travaux consacrés par E. Dupré à la Pathologie de l'Imagination, à la Mythomanie, volontaire ou involontaire, consciente ou délirante, est son étude magistrale sur le Témoignage, que nous reproduisons intégralement. Elle avait été publiée dans la Revue des deux Mondes, le 15 *janvier* 1910.

Etude psychologique et médico-légale.

S'il est, en psychologie, une question dont l'intérêt théorique et pratique s'impose à l'attention et à la critique de tout esprit cultivé, c'est bien celle du témoignage. Il n'est pas de problème historique, ni de procès judiciaire qui, à toutes les époques, ne démontre l'extrême importance d'un tel sujet.

Posé, en réalité, à tous les moments de la vie sociale, devant l'opinion publique, mais intéressant surtout dans les domaines de la méthode historique, de la pratique judiciaire et de la clinique médico-légale, le problème du témoignage ne peut être abordé avec fruit que par les psychologues, les historiens, les magistrats et les médecins, particulièrement les médecins légistes et les aliénistes; il ne peut être éclairé que par la collaboration des hommes qui, en vertu de leur pratique professionnelle et de leur expérience psychologique, sont le mieux placés de tous pour recueillir et comparer les documents, pour interroger

et observer les hommes, pour méditer enfin sur les conditions objectives et subjectives de la production du témoignage.

Pour exposer le problème dans son évolution, son ampleur et tout son intérêt, il faudrait remonter aux origines de la science du témoignage, et en retrouver les éléments dans les écrits et les traditions des philosophes et des juristes de l'antiquité; il faudrait rappeler les intéressants mémoires des maîtres de la méthode historique sur l'appréciation de la valeur des documents écrits.

« Il y faut le choix, dit M. Frédéric Masson, dans un remarquable article sur Albert Sorel, il y faut la critique, et quelle critique ! Non pas tant celle qui porte sur l'authenticité matérielle des pièces, ce qui s'apprend n'importe où, que celle qui porte sur leur authenticité *morale*, celle qui est de tact, d'usage, de flair, celle qui fait l'historien. Voici qu'on sort, d'archives privées ou publiques, un journal, des mémoires, même des suites de lettres. Papier, encre, écriture, tout est du temps. Mais si, en ce temps, tout fut combiné pour fausser l'histoire ? »... « Dans l'instruction de ce grand procès que fait perpétuellement l'histoire, il y a, dit Sorel, comme dans les procédures les plus minces, les faux témoins, les témoins abusés, les témoins à mémoire rétive et confuse, les témoins à mémoire complaisante ou trop claire, enfin les témoins bavards et brouillons, qui font la foule ». Voilà ce qu'il faut démêler et ce qui est le don. Au premier coup, on peut juger, sur ce qui est de cela, un historien nouveau. »

Eliminant de mon étude le commentaire des travaux relatifs à la critique du témoignage dans la méthode historique, je me limiterai au domaine pratique de mon activité et de ma compétence professionnelles, et j'exposerai les enseignements de la Psychologie clinique et expérimentale, applicables à l'instruction judiciaire et à la médecine légale.

J'invoquerai donc tout d'abord les observations et les conclusions des médecins légistes les plus autorisés de notre pays, sur la valeur du témoignage; je rappelerai

ensuite brièvement, dans leurs méthodes et leurs résultats, les travaux, si nombreux et si intéressants, consacrés, dans ces dernières années, en France, en Allemagne et en Suisse, à la psychologie expérimentale du témoignage. Je joindrai à la série de ces faits la notion générale d'un mémoire sur le mensonge et la fabulation morbides, que j'ai publié sous le titre de *Mythomanie*. Ce rappel de la Mythomanie servira de transition naturelle pour passer de l'étude du témoignage normal à celle du témoignage pathologique, considéré chez les anormaux et les aliénés. Enfin, je terminerai cette étude d'ensemble du témoignage par les conclusions judiciaires et médico-légales qui s'en dégagent, comme une moralité naturelle. Ces conclusions nous apparaîtront ainsi comme les éléments, pour ainsi dire professionnels, de la philosophie de l'esprit chez ceux qui recherchent la vérité pour éclairer la justice.

Le témoignage est la relation, orale ou écrite, spontanée ou provoquée, par un sujet appelé témoin, de ce qu'il a observé. Le témoignage judiciaire est la déposition de la personne qui atteste en justice avoir vu ou entendu une chose. Ce témoignage, dont les codes de procédure civile et d'instruction criminelle ont établi les conditions et réglé les formalités, est sanctionné, dans sa moralité générale, par une échelle de pénalités rigoureuses, qu'édicte la loi contre les auteurs ou les inspirateurs de faux témoignages. Le témoignage, en effet, représente l'élément le plus important de la formation de l'opinion et du jugement des magistrats, et la preuve testimoniale suffit, en matière pénale, pour former la conviction du tribunal. Aussi bien doit-on considérer l'étude du témoignage comme une des parties les plus importantes de la psychologie judiciaire.

Le témoignage est la résultante d'une série d'opérations psychiques complexes, où entrent en jeu successivement : la *perception*, considérée surtout dans ses rapports avec la *conscience* et l'*attention;* la *mémoire* dans toutes ses qualités de fixation, de conservation et de reproduction; l'*imagination*, principalement dans ses facultés créatrices,

et dans ses rapports avec *l'activité mythique*, normale et pathologique, de l'esprit, c'est-à-dire avec la tendance plus ou moins consciente et volontaire à l'altération de la vérité, au mensonge et à la fabulation.

Toutes ces opérations, qui entrent en jeu dans la psychologie du témoignage, à l'état normal, chez un sujet sain d'esprit et sincère d'intention, sont compliquées, dans d'autres conditions et chez les sujets anormaux, par l'intervention d'innombrables éléments psychopathiques, qui relèvent principalement d'altérations de la perception, de la mémoire, de l'imagination, du jugement et enfin des sentiments.

Mais, même dans les conditions ordinaires de la vie, et, comme l'on dit, à l'état normal, le plus simple des témoignages représente une opération psychique tellement complexe, qu'on peut déjà, par le seul raisonnement, soupçonner quelles variations et quelles altérations peuvent apporter au témoignage normal des multiples conditions objectives et subjectives de sa formation et de sa production.

Parmi les conditions *objectives*, on entrevoit tout de suite l'influence que doivent exercer sur les qualités d'un témoignage la nature des faits observés par le témoin, leur durée, leur complexité, leur répétition, leur ancienneté, etc... Parmi les conditions *subjectives*, dont l'influence est encore bien plus importante, figurent l'âge du témoin, son sexe, son niveau intellectuel, l'ensemble de ses qualités et de ses aptitudes psychiques, l'état de son émotivité au moment de l'observation des faits sur lesquels il témoignera, puis, au moment de la déposition, les facteurs de suggestion, intervenus chez le témoin, aux phases successives de la genèse et de la production de son témoignage, etc...

Ces considérations élémentaires, dont la justesse s'impose d'emblée à tout esprit cultivé, et que l'expérience des magistrats et des médecins légistes a toujours confirmées, étaient, jusqu'à une époque tout à fait récente, restées à l'état vague et imprécis de ces vérités de bon

sens, que tout le monde accepte, sans que personne cherche à en établir la démonstration complète par l'analyse soigneuse des éléments psychologiques en présence.

Quelques médecins légistes et aliénistes de la plus haute autorité, Lasègue, Brouardel, Motet, Legrand du Saulle, avaient néanmoins, en des mémoires classiques dont les premiers en date remontent à plus de trente ans, démontré, avec exemples à l'appui, la fréquence et le danger du faux témoignage et du mensonge chez les enfants, et l'inanité de cet adage populaire qui proclame que la vérité sort de leur bouche. M. Vibert (1) a consigné, récemment, dans un article intéressant, le résultat très instructif de sa longue expérience médico-légale sur les témoignages en justice. Mais ces travaux isolés ne suscitèrent point, dans le monde médical ou juridique, l'émotion qui inspire de toutes parts, sur le même sujet, les recherches, critiques ou confirmatives; et il faut ariver à ces dix dernières années, pour voir naître et, depuis, grandir rapidement cette *Science du Témoignage*, que M. A. Binet a fondée dans son principe et sa méthode, et dont il a prédit, il y a huit ans, l'avènement dans ses beaux travaux sur la suggestibilité.

C'est, en effet, à M. Binet, le maître de la psychologie expérimentale française, que revient l'honneur d'avoir inauguré l'étude scientifique du témoignage, en montrant et en adoptant, le premier, la véritable méthode qui convienne à cette étude, la méthode expérimentale.

L'initiative de notre compatriote a suscité aussitôt dans ce domaine psychologique un immense mouvement d'intérêt et d'étude; l'impulsion scientifique, partie de France, ne réveilla la curiosité et le zèle des travailleurs qu'en Allemagne, en vertu de cette loi historique qui semble réserver au génie français l'honneur des initiatives et des révolutions, et lui refuser ensuite le bénéfice des applications fécondes et du développement pratique de ses découvertes.

En Allemagne, aliénistes, juristes et psychologues, se mirent, à l'envi, avec cette discipline méthodique et pa-

(1) Vibert. Les témoignages en justice. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, janvier 1909.

tiente, qui est la marque de l'esprit germanique, à recueillir, par l'observation et l'expérience, des documents, à dresser des statistiques, à dégager enfin de tous ces travaux des conclusions qui constituent, dès à présent, les premiers matériaux de la psychologie scientifique du témoignage. Les professeurs de droit, les criminalistes, les magistrats, vivement intéressés par les études des psychologues et des médecins, ont apporté a ceux-ci leur collaboration active, et il en est résulté une telle affluence de travailleurs, qu'un recueil spécial s'est fondé, sous la direction de M. W. Stern, les *Beitrage zur Psychologie der Aussage*, pour centraliser tous les mémoires et organiser tous les efforts individuels consacrés à l'étude du témoignage. Le grand journal périodique de science criminelle en Allemagne, l'*Archiv für Kriminalanthropologie*, du Professeur Hans Gross, de Graz, contient également de nombreux mémoires sur le même sujet. On trouvera d'ailleurs la bibliographie et l'analyse détaillée de la psychologie du témoignage dans la série des dernières *Années Psychologiques* publiées par M. Binet, et principalement dans les Revues d'ensemble de M. Binet (1905), M. Larguier des Bancels et M. Claparède (1906), enfin dans les articles de M. Ladame (*Revue d'Anthropologie criminelle*, publiée par le Professeur Lacassagne, de Lyon).

Les conclusions qui se dégagent de cette énorme somme de travaux confirment absolument celles qu'avaient déjà formulées, au nom de la clinique médico-légale, les maîtres français dont j'ai cité les noms. Ces conclusions sont dues à une phalange de travailleurs dont je rappelerai ici les principaux : d'abord l'initiateur M. A. Binet, puis M. W. Stern (de Breslau), M. Borst (de Berlin), M. Claparède (de Genève), M. H. Gross (de Graz), de M. Otto Lippmann (de Berlin), MM. Lobsien, Wreschner, Plüschke, Weber, Schneikert, von Liszt, Cramer, Sommer, etc...

Les *méthodes expérimentales* appliqués à l'étude du témoignage consistent à provoquer, dans des conditions déterminées d'enregistrement et de déposition, le récit, par les témoins, de faits qu'on a soumis à leur observation.

Les *objets* du témoignage sont : soit une image, soit un texte, soit une représentation cinématographique, soit un lieu familier aux sujets, soit une scène réglée d'avance dont on peut rapprocher et comparer ensuite les détails avec les dépositions du témoin; cette possibilité de la confrontation de l'objet avec le témoignage et le témoin constitue le principal avantage de la méthode expérimentale.

L'expérience du témoignage est soit *individuelle*, si elle porte sur un seul témoin, soit *collective*, si elle est instituée sur un groupe de sujets, appelés à observer ensemble un même fait ou une même scène.

Le *temps de présentation de l'objet* varie dans des conditions qui permettent de mesurer l'influence sur le témoignage de la durée de l'observation.

L'*intervalle de temps écoulé* entre la présentation de l'objet et la déposition du témoin permet d'apprécier l'influence de l'ancienneté de l'observation, sur l'étendue, l'exactitude et l'assurance du témoignage.

La *forme de la déposition* permet d'apprécier les influences exercées sur le témoignage par : soit la *liberté du récit*, laissée à la spontanéité du déposant, soit l'*interrogatoire*, soit la combinaison de ces deux méthodes.

Cette étude de la forme de la déposition a permis à M. Binet de formuler, comme une véritable loi de la psychologie du témoignage, que la valeur d'une déposition dépend, en grande partie, de la forme dans laquelle elle est recueillie. La *déposition libre*, le récit, élimine l'influence de la suggestion étrangère, et, ne mettant en jeu que l'activité psychique spontanée, éclaire l'individualité personnelle du témoin. L'*interrogatoire* permet d'étudier l'influence de la suggestion exercée sur le témoin par les questions, et met en lumière le rôle, dans la déposition, de ce que M. Binet a appelé « la mémoire forcée », c'est-à-dire l'alternative dans laquelle certaines questions placent le sujet, invité à se prononcer dans tel ou tel sens, de choisir entre deux affirmations.

La *méthode mixte*, qui combine le récit spontané et l'interrogatoire, est celle des procédés de l'instruction judi-

ciaire, et présente, à ce titre, comme le fait avec raison observer M. Larguier des Bancels, un grand intérêt pratique.

Les *dépositions successives* du même témoin sur les mêmes faits permettent d'étudier l'influence du témoignage sur la mémoire, le mécanisme de consolidation des souvenirs, et, pour ainsi dire, le progrès, dans tel ou tel sens, de la cristallisation du témoignage. Les dépositions successives sont, en réalité, la règle dans les affaires pénales, où les intéressés témoignent à plusieurs reprises devant les officiers de police, dans le cabinet de l'Instruction et devant le Tribunal. L'étude de ces dépositions successives a permis de montrer qu'elles entraînaient la consolidation des souvenirs erronés aussi bien que des souvenirs exacts, et la déformation progressive du témoignage par les dépositions ultérieures; celles-ci substituent, dans la conviction du témoin, leur contenu erroné aux souvenirs exacts de la première déposition.

L'étude de la *forme des questions*, dans l'interrogatoire, instituée par MM. Binet et Stern, montre l'influence sur le témoignage des diverses modalités de la suggestion, impliquées dans le ton, l'accent, la tournure, etc... des questions posées au témoin.

L'application de la méthode expérimentale permet ainsi d'apprécier, par l'étude statistique des résultats recueillis, les qualités du témoignage, et les variations de celles-ci, dans leurs rapports avec les conditions de l'expérience.

On peut reconnaître pratiquement au témoignage deux ordres de qualités, les *qualités subjectives* et les *qualités objectives*.

Les *qualités subjectives* du témoignage sont : l'étendue, la fidélité, l'assurance.

A ces trois qualités, j'en ajouterai une quatrième : l'originalité.

L'étendue est représentée par la somme des données positives, exactes ou erronées, de la déposition.

La *fidélité* est mesurée par le rapport des données exactes aux données positives, exactes ou non.

L'*assurance* c'est-à-dire la décision, la conviction avec laquelle le témoin répond aux questions, se mesure par le rapport des données *certifiées* aux données positives. Cette assurance est justifiée ou injustifiée. M. Claparède, qui a particulièrement étudié cette question, a montré aussi, comme une forme de l'assurance du témoignage, la *tendance au serment*, qui se mesure par le rapport des données jurées aux données positives. Cette tendance au serment est soit justifiée, et exprime alors la *tendance au serment véridique*, soit injustifiée, et exprime la *tendance au faux témoignage*.

L'*originalité* représente, dans le témoignage, l'apport personnel par le témoin de certaines qualités de compétence, d'éducation, d'orientation intellectuelle, de culture particulière, etc...

L'originalité du témoignage se rapporte donc à un ensemble de qualités essentiellement subjectives, qui échappent à toute mesure quantitative, mais qui permettent d'apprécier, dans la déposition, la nature, les tendances, le niveau et les connaissances spéciales du déposant. C'est le reflet de la personnalité du témoin, dans le fond et la forme du témoignage. Le même fait, observé par différents individus, sera, avec des qualités d'étendue, de fidélité et d'assurance égales, rapporté avec une originalité différente, suivant la diversité d'origine des sources psychiques du témoignage. C'est, en partie, cette originalité du narrateur qui distingue les uns des autres les historiens, les mémorialistes, les romanciers : tous ces témoins de l'histoire, grande ou petite, passée ou actuelle, ont imprégné leurs œuvres de leur personnalité. Les plus originaux d'entre eux ont su, suivant la profonde remarque de M. Paul Bourget (1), nous donner « ce témoignage complet qui montre, tout ensemble, un coin de vie humaine, et l'esprit où ce coin de vie humaine s'est pensé ». Et, en trouvant, « ce point d'équilibre où les traits personnels que découvre le témoin achèvent la signification du témoi-

(1) P. Bourget. Introduction à Etienne Mayran de Taine (*Revue*, 15 mars 1909).

gnage », ils ont élevé au plus haut point l'originalité du témoignage.

Ces qualités subjectives du témoignage appartiennent au déposant. Mais le témoignage peut être étudié aussi dans ses *qualités objectives*, appartenant aux faits sur lesquels porte la déposition.

Ces qualités objectives, bien étudiées par M. Claparède, sont la *testabilité*, c'est-à-dire l'aptitude plus ou moins grande d'un objet à donner lieu à un témoignage, et la *mémorabilité*, c'est-à-dire l'aptitude plus ou moins grande d'un objet à donner lieu à un témoignage juste. Ces deux propriétés objectives des choses mesurent la capacité de chaque objet à solliciter un témoignage, ou à se graver dans la mémoire.

Il est intéressant, on le comprend, de rechercher quels sont les faits, les objets, les qualités des choses (mesures, couleurs, formes, ensemble et détails, etc...) qui sont plus ou moins aptes à provoquer un témoignage, et un témoignage juste.

Les différents objets qui nous entourent possèdent, en effet, un *coefficient d'intérêt*, qui dépend parfois plus de la nature même de l'objet que de la mentalité de l'observateur. La testabilité des choses, et aussi leur mémorabilité, dépendent ainsi du *degré d'attention* qu'elles sollicitent de la majorité des hommes. Or, comme, en vertu d'une loi psychologique bien connue, nous n'accordons spontanément d'attention qu'aux objets dont la connaissance importe à notre intérêt, on comprend, dit M. Claparède, « combien peu de fond on peut faire sur la plupart des témoignages sollicités dans les affaires judiciaires, où il est le plus souvent question de faits de détail (détails de vêtements, etc...), qui ont aussi peu d'intérêt pour ceux qui en ont été témoins, qu'ils en ont davantage pour la justice ».

A l'appui de cette judicieuse proposition, je citerai le passage où, dans leur journal, les frères de Goncourt rapportent les propos suivants de Théophile Gautier : « Beaucoup de gens ne voient pas. Par exemple, sur vingt-cinq personnes qui entrent ici, il n'y en a pas trois qui

discernent la couleur du papier ! Tenez, voilà X... qui entre, il ne verra pas si cette table est ronde ou carrée... Moi, toute ma valeur, ils n'ont jamais parlé de cela, c'est que je suis un homme pour qui le monde extérieur existe ».

L'écrivain en concluait que la littérature descriptive ne peut être goûtée que de très peu de gens.

Dans le domaine médico-légal, on peut en inférer que, si un détail pareil importe à la justice, il sera très difficile aux magistrats de le mettre au jour.

On pourrait joindre, à ces qualités objectives et subjectives du témoignage, un élément à la fois objectif et subjectif; car il participe tout ensemble des conditions impersonnelles et des conditions personnelles, non pas du témoignage, mais de l'observation : je veux parler de *l'unicité* ou de la *pluralité* des observateurs d'un même fait.

Qui ne sait, par expérience, que d'assister à un spectacle, seul ou en compagnie de plusieurs personnes, modifie notre impression de ce spectacle, tantôt en l'aiguisant, quelquefois en l'atténuant, souvent en la faussant ? La psychologie collective intervient ici, au cours de l'observation même, et influence la psychologie individuelle, abstraction faite des modifications que peuvent apporter au témoignage les conversations ultérieures sur les faits observés. Le témoin « Foule » observe, interprète et surtout réagit autrement que le témoin « Individu » et l'interpsychologie des assemblées, dans les réunions publiques, les salles de théâtre, etc..., résulte non pas seulement de l'addition, mais de la multiplication des illusions des sens, des erreurs de l'esprit et des entraînements passionnels, que chaque spectateur apporte à l'œuvre inconsciente de l'observation et du témoignage collectifs.

Enfin, une des lois intéressantes, dégagées par M. Claparède de l'étude des propriétés objectives du témoignage, est que la *probabilité de l'existence d'un fait est un des facteurs de sa testabilité et de sa mémorabilité*.

Après avoir brièvement exposé les méthodes expérimentales appliquées, à l'état normal, au problème du témoi-

gnage, et l'analyse des qualités subjectives et objectives de celui-ci, il me reste à résumer les conclusions générales de ces études.

Un témoignage entièrement fidèle est l'exception. Le témoignage sincère ne mérite pas la confiance qu'on lui accorde généralement.

Le témoignage est infidèle parce qu'il contient des *lacunes* et des *additions*, et parce qu'il est altéré par des *transformations*, des *falsifications*, qui sont autant de sources d'*erreurs*. Ces erreurs ont souvent la précision des souvenirs exacts.

Il n'existe, en général, aucun parallélisme dans l'étendue, la fidélité, et l'assurance du témoignage.

L'étendue et la fidélité du témoignage diminuent proportionnellement à l'ancienneté de l'observation. L'influence du temps sur l'altération des souvenirs est telle, qu'on peut calculer environ une augmentation régulière des erreurs de 0,33 p. 100 par jour (Expériences de M. Stern).

Les erreurs sont beaucoup plus nombreuses dans l'interrogatoire que dans le récit spontané.

L'interrogatoire, en effet, augmente l'étendue et diminue la fidélité de la déposition. Dans la déposition spontanée, le dixième, tandis que, dans l'interrogatoire, le quart des réponses est erroné. Dans l'interrogatoire, les questions à caractère suggestif diminuent encore la fidélité des réponses.

Dans la clinique courante, l'interrogatoire des malades par le médecin est une des sources les plus fréquentes de l'altération du témoignage par la *suggestion*. La plus grande partie des symptômes de l'hystérie a ainsi été créée par les médecins, au cours de leurs recherches sur les malades; et l'on peut dire que l'hystérie est sortie, armée de toutes pièces, du cerveau non pas des malades, mais des médecins; elle apparaît, dans son histoire, son évolution et sa systématisation, comme un produit extrêmement instructif de l'interpsychologie de malade à malade, de médecin à malade et de médecin à médecin. Le plus souvent, dans l'interrogatoire, la question, par sa forme, appelle

la réponse ; l'enquête clinique suggère le symptôme, et le sujet émet, par affirmation ou négation, consciemment ou inconsciemment, des témoignages qui ne reposent que sur le vice de la question chez le médecin et la suggestibilité chez le malade. La critique moderne de l'hystérie, entreprise sur l'initiative si judicieuse et si féconde de Babinski, a démontré que l'édifice de la maladie était en partie l'œuvre de la suggestion réciproque, dans l'interrogatoire, des médecins et des malades.

La conclusion est que la valeur d'une réponse dépend de la forme de la question qui l'a provoquée. La réponse et la question forment, dans un système indivisible, un véritable couple, dont les éléments se commandent réciproquement.

L'assurance sincère du témoin ne garantit en rien la valeur du témoignage. Le bon témoin sait douter. Les bons esprits sont moins affirmatifs que les autres. L'ensemble des données jurées, quoique généralement plus fidèles que l'ensemble des données non jurées, contient toujours des erreurs. En moyenne, le dixième des dépositions données sous serment est faux. Tandis qu'avec l'intervalle de temps, la fidélité du témoignage diminue, la tendance au serment augmente. L'assurance du témoin n'est pas proportionnelle à la fraîcheur du souvenir; elle dépend plus du caractère du témoin que des circonstances extérieures. Chacun a son coefficient personnel d'assurance dans le témoignage. Les femmes ont plus de tendance à jurer que les hommes.

Dans le témoignage, les qualités générales de l'image sont assez bien retenues et produites; les qualités accessoires, les détails de forme, et particulièrement les couleurs, sont au contraire très inexactement ou pas du tout reproduites. Le signalement d'un individu sera, par exemple, presque toujours incorrect.

On constate, en général, une tendance à surestimer les petites grandeurs et à sous-estimer les grandes.

Dans le témoignage collectif, la valeur de la déposition n'est pas proportionnelle au nombre des témoins; une faible minorité peut avoir raison contre une forte majorité.

Dans la *confrontation*, méthode judiciaire qui fait appel à la mémoire de reconnaissance, le témoignage juste est non pas la règle, mais l'exception. La reconnaissance de l'agresseur par sa victime est une source féconde d'erreurs judiciaires. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir la liste des révisions de procès, provoquées, après condamnation sur fausse reconnaissance, par la découverte du vrai coupable !

Il faut citer ici, à propos de la psychologie pratique de la confrontation, l'ingénieuse et instructive expérience de M. Claparède.

Cet auteur fit entrer un jour dans la salle de cours, pendant qu'il y donnait sa leçon, un individu travesti et masqué. Le professeur laissa le sujet vingt secondes dans la salle et le mit à la porte. Les jours suivants, M. Claparède interrogea quelques-uns de ses auditeurs sur le signalement de cet individu et les pria de reconnaître son masque parmi dix autres masques. Sur vingt-deux déposants, quatre seulement reconnurent le vrai masque; huit hésitèrent entre lui et d'autres, dix indiquèrent un masque inexact.

Le témoignage varie beaucoup dans sa fidélité, suivant les conditions de l'expérience. Celle-ci peut être instituée sur des sujets prévenus du témoignage qu'on leur demandera, ou, au contraire, sur des sujets non prévenus, c'est-à-dire placés dans les conditions naturelles de la vie et du témoignage juridique.

Tandis que, dans le premier cas, où, sur des témoins prévenus, l'attention est à son maximum, le coefficient de fidélité oscille entre 80 et 90 pour 100, dans le second cas, sur des témoins non prévenus, ce coefficient ne dépasse guère 60 pour 100, et s'abaisse le plus souvent à 30 ou 20 pour 100.

Il existe aussi, dans les conditions du témoignage peu étudiées par les psychologues, un facteur dont l'observation clinique permet de mesurer l'importance, c'est l'*émotion*, dont on connaît l'action dissolvante sur la synthèse mentale et l'influence perturbatrice sur l'ensemble de l'activité psychique. M. Janet a judicieusement insisté sur la

dissociation des souvenirs par l'émotion. Celle-ci nuit à la fidélité du témoignage, en troublant l'observation des faits, et parfois aussi en troublant la déposition, si le témoin est ému au moment où il la fait.

Le témoignage augmente, en général, de valeur avec l'âge du témoin. Chez les enfants, l'étendue de la déposition est souvent considérable, et l'assurance du témoin imperturbable. Ces deux caractères sont multipliés par l'interrogatoire et les dépositions successives, à cause de l'extrême suggestibilité de l'enfant. La fidélité, au contraire, est au minimum, et les dépositions presque constamment erronées. La suggestibilité, extrême de cinq à douze ans, diminue avec l'âge. C'est elle surtout qui, par l'intervention de la suggestion étrangère, altère le témoignage de l'enfant en justice. Le témoignage des garçons est plus fidèle que celui des fillettes. Le témoignage des hommes est moins étendu et moins assuré, mais plus fidèle que celui des femmes.

Il faut indiquer ici l'influence nocive exercée sur les témoins, dans les procès criminels, par les suggestions de la presse. Celle-ci, par ses comptes rendus, ses commentaires et ses illustrations, introduit dans l'esprit des futurs témoins des éléments inexacts, qui peuvent troubler et déformer leurs souvenirs et fausser leurs dépositions.

Le témoignage, enfin, est éducable par l'exercice. Les essais d'entraînement expérimental, institués par Mlle Borst, ont démontré la perfectibilité des qualités du témoignage chez les sujets, à la suite des exercices.

Après avoir signalé les heureux résultats de l'exercice professionnel de l'observation constatés, à l'ancienne Ecole pénitentiaire, sur les élèves invités à la reconnaissance d'un objet d'après la méthode du portrait-parlé, de Bertillon, M. G. Granier (1) conclut à l'avantage de l'exercice de la faculté d'observation dans un sens déterminé, et démontre la supériorité des résultats d'un enseignement raisonné, comparé aux effets d'une plus grande culture générale.

(1) G. Granier. Aveu et témoignage. Critique de la Preuve orale. *Journal du Ministère public*, 1906.

On voit immédiatement quel grand intérêt pédagogique il y aurait à cultiver par un entraînement méthodique les aptitudes des enfants au témoignage. Ces exercices seraient plus utiles que ceux par lesquels on s'évertue au contraire à développer leur imagination aux dépens de leur esprit d'observation.

Cette culture de l'esprit d'observation, Guy de Maupassant en a merveilleusement montré la nécessité et la méthode, dans la préface de *Pierre et Jean.* Au cours de cette profession de foi littéraire, l'illustre écrivain, invoquant les préceptes de Flaubert, rappelle les conseils de son maître, en une page adressée à ceux qui se destinent au roman, mais qu'on peut citer ici comme l'exposé modèle de la méthode d'éducation du témoignage :

« Il s'agit de regarder tout ce qu'on veut exprimer, assez longtemps et avec assez d'attention pour en découvrir un aspect qui n'ait été vu et dit par personne. Il y a, dans tout, de l'inexploré, parce que nous sommes habitués à ne nous servir de nos yeux qu'avec le souvenir de ce qu'on a pensé avant nous sur ce que nous contemplons. La moindre chose contient un peu d'inconnu. Trouvons-le. Pour décrire un feu qui flambe et un arbre dans une plaine, demeurons en face de ce feu et de cet arbre, jusqu'à ce qu'ils ne ressemblent plus, pour nous, à aucun autre arbre et à aucun autre feu.

« C'est de cette façon qu'on devient original.

« Ayant en outre posé cette vérité qu'il n'y a pas, de par le monde entier, deux grains de sable, deux mouches, deux mains ou deux nez absolument pareils, il (Flaubert) me forçait à exprimer, en quelques phrases, un être ou un objet, de manière à le particulariser nettement, à le distinguer de tous les autres objets de même race ou de même espèce.

« Quand vous passez, me disait-il, devant un épicier assis sur sa porte, devant un concierge qui fume sa pipe, devant une station de fiacres, montrez-moi cet épicier et ce concierge, leur pose, toute leur apparence physique contenant aussi, indiquée par l'adresse de l'image, toute leur

nature morale, de façon que je ne les confonde avec aucun autre épicier ou avec aucun autre concierge, et faites-moi voir, par un seul mot, en quoi un cheval de fiacre ne ressemble pas aux cinquante autres qui le suivent ou le précèdent. »

Toutes les considérations précédentes concernent uniquement le témoignage normal et sincère, tel qu'il se présente dans les conditions ordinaires de la vie en général, et notamment dans la pratique judiciaire.

L'étude expérimentale du témoignage illustre, confirme et étend singulièrement les conclusions auxquelles l'observation clinique et médico-légale avait conduit, sur le même sujet, les experts et les aliénistes. Une conclusion générale et supérieure se dégage de toutes ces études : l'esprit humain est normalement incapable d'un témoignage fidèle et complet. Cette incapacité tient à des lacunes et des troubles de la perception et de la mémoire, à des erreurs spontanées ou provoquées de l'imagination, notamment à la tendance à la fabulation inventive, à des fautes de jugement et à l'influence de la suggestion personnelle ou étrangère.

Ces éléments d'erreurs, ces facteurs d'incertitude du témoignage, je les ai étudiés dans un mémoire sur la *Mythomanie*, dont il me faut ici résumer la substance.

J'ai proposé de désigner, sous le terme de *Mythomanie*, la tendance, plus ou moins volontaire et consciente, de l'esprit à l'altération de la vérité, au mensonge et à la fabulation. Et, au début de cette étude, j'ai montré que si la Mythomanie est, par définition, un état pathologique, il est cependant une période de la vie, celle de l'enfance, où elle représente un état physiologique, et résulte de l'exercice normal des fonctions psychiques.

Soumise en effet aux lois générales de l'évolution organique, notre mentalité parcourt, dans son développement, les étapes successives accomplies dans le cours des âges par celles de nos ancêtres ; et l'enfant des civilisations modernes, offre, dans ses réactions psychiques, la plupart

des caractères que retrouve l'anthropologie, à l'origine de la pensée humaine. Aussi l'enfant, véritable primitif, peut-il être considéré comme le représentant actuel des périodes préhistoriques de l'esprit humain, et, pour ainsi dire, comme un spécimen moderne de *paléopsychologie*.

L'enfant, sans expérience, sans jugement, dépourvu de ces données de comparaison et de contrôle qui forment l'esprit critique, est un être peureux, imaginatif et suggestible, qui offre dans son fonctionnement cérébral tous les éléments d'une activité mythique naturelle et incessante.

Cette activité mythique s'éveille chez lui, dès le début de la vie psychique elle-même, s'accuse avec les progrès du développement de l'esprit et va ensuite en s'atténuant, pour disparaître chez les sujets normaux, vers l'âge de la puberté. La tendance mythique persiste, au contraire, au delà de la puberté chez les sujets anormaux, auxquels convient le nom de *mythomanes*, et se traduit chez eux, au cours de leur vie, par des manifestations pathologiques, qui indiquent leur tendance constitutionnelle au mensonge, à l'invention, à la fabulation et à la simulation.

Si l'enfant est normalement disposé à altérer la vérité, à mentir et à fabuler, c'est parce que, chez lui, l'écorce cérébrale, substratum organique de l'activité psychique, n'est pas encore complètement développée. Avec les années, les progrès du développement cortical enrichissent le dépôt des matériaux sensoriels, multiplient les connexions régionales et, par conséquent, les associations d'images, d'idées et de tendances. L'apprentissage de la perception se fait par l'éducation des sens; la richesse de la mémoire s'accroît par la répétition des expériences; les fantaisies de l'imagination s'amendent, les écarts du jugement se corrigent par la comparaison, le contrôle et la réduction réciproque des données de l'expérience les unes par les autres. Ainsi se réalise, par le développement et l'exercice de toutes ces fonctions, l'équilibre harmonieux des facultés psychiques. Dans ce conflit incessant des apports sensoriels qu'il reçoit du monde extérieur et des réactions psychiques

qu'il leur oppose, l'être normal en voie de croissance ne cesse, dans son évolution vers l'âge adulte, de s'adapter peu à peu au monde extérieur et d'accomplir des progrès dans l'aptitude à percevoir la vérité, à la retenir et à la reproduire par le discours; c'est dire qu'il tend à devenir, en un mot, de plus en plus apte au témoignage juste.

Mais, que le développement cérébral subisse, pour des raisons pathologiques, un ralentissement ou un arrêt définitif, à une phase quelconque de l'enfance; alors, indépendamment de tous les autres signes, corporels ou psychiques, qui marquent dans l'organisme ce retard ou cet arrêt de développement, on observe, comme une des conséquences fatales de cette arriération, de cette débilité mentale, une infirmité proportionnelle de la perception, de la mémoire, du jugement, etc...; la persistance de l'état infantile de l'esprit entraînera la persistance de l'activité mythique; le débile, l'arriéré, incapable de percevoir la réalité, de la retenir sans déformation, et de la reproduire sans altération, sera un mythomane. Il sera donc, par suite de sa débilité mentale, incapable de témoigner.

Nous voici déjà sur le terrain pathologique, et l'on peut voir ainsi combien la transition est facile, entre les deux domaines, normal et morbide, de l'activité intellectuelle; puisqu'il suffit d'un simple trouble, même partiel, du développement organo-psychique, pour qu'un sujet, qui semble par ailleurs tout à fait sain, reste, à l'âge adulte, aussi incapable de témoigner qu'un enfant.

C'est que le témoignage met en jeu une telle somme de qualités psychiques, qu'il apparaît, en effet, comme un des réactifs les plus sensibles et comme la marque la plus probante du degré d'équilibre et de perfection de la mentalité. Et si les bons témoins sont si rares, c'est parce que les esprits complets et équilibrés sont, en réalité, exceptionnels.

Les imperfections de développement de l'esprit entraînent donc, chez l'enfant arriéré, et, plus tard, chez l'adulte, la persistance, l'exagération et le caractère anormal de l'activité mythique, c'est-à-dire la mythomanie. La mytho-

manie nous apparaît alors comme un stigmate de dégénérescence mentale. En effet, elle s'associe toujours, dans ses manifestations, à d'autres marques de déséquilibre psychique. Ces marques de déséquilibre sont des tares intellectuelles, affectives et morales, qui inspirent les paroles et dirigent les actes de ces sujets, et confèrent ainsi à la mythomanie une gravité sociale et, par suite, un intérêt judiciaire et médico-légal de premier ordre.

Cette transition m'amène à étudier maintenant *le témoignage chez les anormaux de l'esprit*, chez les psychopathes. Je ne m'arrêterai pas longtemps sur ce sujet, parce que les aliénés et les déments sont, comme on le sait, déclarés par la loi incapables de témoigner. Dans de certaines conditions cependant, ils peuvent être appelés, en vertu du pouvoir discrétionnaire du Président, à donner devant la Cour d'assises de simples renseignements. sans prestation de serment et à condition que le Jury soit averti de l'état intellectuel du témoin.

En réalité, cependant, témoignent devant toutes les juridictions de nombreux aliénés, dont l'affection mentale n'est soupçonnée ni par le public, ni par les magistrats; et il est certain qu'à côté de l'histoire déjà si riche des aliénés méconnus et condamnés, on pourrait écrire celle des *aliénés méconnus, acceptés comme témoins et crus sur parole par les tribunaux*.

On peut essayer d'établir les principales variétés d'altérations pathologiques du témoignage, suivant les catégories d'aliénés appelés à déposer. M. Sommer (de Giessen) a ébauché ainsi une intéressante tentative de groupement des dépositions pathologiques. Je proposerai moi-même, sans la développer, une classification générale des témoignages morbides, fondée sur le mécanisme pathogénique de l'erreur chez le déposant.

On peut étudier les altérations du témoignage successivement chez les *Débiles*, les *Déséquilibrés*, les *Déments* et les *Délirants*.

Chez les *Débiles*, le témoignage est altéré par la faiblesse

congénitale de l'intelligence, l'infirmité plus ou moins prononcée des facultés, consécutives à un arrêt de développement du cerveau.

La psychologie expérimentale, jointe ici à l'observation clinique, a bien montré à M. Rauschburg, à M. Stern, à M. Binet, à M. Placzek, que les débiles, même peu atteints, et dont les tribunaux acceptent les dépositions sont, le plus souvent, incapables d'un témoignage exact. A l'expérience, ils donnent, dans leurs réponses, deux fois plus d'erreurs que les adolescents normaux, interrogés dans les mêmes conditions. Ils sont beaucoup plus suggestibles; et, chez eux, la suggestibilité est mise en jeu par l'inertie mentale, la paresse de la volonté qui dictent aux questions posées les réponses les moins pénibles, celles qui demandent le moins d'effort, qui se font par oui et par non; la suggestibilité est mise en jeu aussi par la crainte et par la vanité. Les débiles sont également inconscients des conséquences de leurs accusations, et, par suite, incapables de comprendre la portée de leur témoignage. Aussi peut-on conclure qu'à une faible débilité intellectuelle correspond nécessairement une grande incapacité testimoniale.

Le plus souvent, à la débilité se joint la déséquilibration de l'esprit. L'activité psychique est alors non seulement pauvre, mais encore inégale et désordonnée; il existe non seulement une insuffisance générale de la mentalité, mais des déviations, des perversions des appétits et des instincts, des tendances pathologiques variées.

Ces débiles, infantiles psychiques persistants, sont ceux dont j'ai étudié les manifestations mythopathiques, en montrant que les fausses dépositions, les mensonges, les fables qu'ils débitent, les simulations qu'ils organisent, sont provoqués par les perversions instinctives et les tendances vicieuses qui s'associent chez eux à la mythomanie. Ces éléments pathologiques qui poussent ainsi au faux témoignaage un grand nombre de débiles sont : la vanité, la malignité et la perversité. J'ai ainsi distingué trois classes de *Mythomanies : vaniteuse*, *maligne* et *perverse*, souvent associées d'ailleurs chez les mêmes sujets débiles et vicieux,

et qui engendrent les auto-accusateurs mensongers, les hétéro-accusateurs criminels, les faux enfants martyrs, les prétendues victimes de sévices dramatiques, les dénonciateurs de forfaits imaginaires, principalement d'attentats à la pudeur et de viols, etc...

On voit ainsi s'exercer, dans la spontanéité impulsive de ses manifestations, la mythomanie maligne de ces sujets pervers, qui mentent et simulent simplement pour se divertir; accusent et dénoncent autrui uniquement pour semer le mal autour d'eux, et s'attaquent ainsi à des personnes qui n'ont en rien mérité leur rancune ou leur vengeance. Dans d'autres cas, on voit s'associer la vanité et la malignité, à l'origine occasionnelle de l'accès mythomaniaque : les petits vicieux, à la fois enchantés d'occuper d'eux l'opinion publique et heureux de nuire, se complaisent en des fables odieuses, avec lesquelles ils font, du même coup, autant de bruit que de mal.

Enfin, certains enfants, plus débiles d'esprit que malins de tendances, sont portés à la mythomanie par la curiosité; telle cette fillette, citée par M. Motet, qui avait commis une monstrueuse dénonciation mensongère contre un individu innocent, et qui, interrogée par M. le juge Atthalin sur les motifs de son acte, déclara ingénument qu'elle avait provoqué toute l'affaire pour avoir l'occasion de s'asseoir dans les beaux fauteuils du cabinet de l'instruction, dont le luxe lui avait été vanté par une de ses petites camarades, appelée quelques jours auparavant à déposer dans une enquête.

On ne saurait trop insister, ici, sur le rôle considérable joué chez les débiles, principalement chez l'enfant, par la *suggestion étrangère* dans l'*organisation du faux témoignage*.

La *suggestion étrangère* alimente et enrichit toujours, déforme souvent, et crée parfois de toutes pièces la fable racontée par le petit sujet. MM. Lasègue, Bourdin, Brouardel, Motet, P. Garnier, ont tour à tour insisté, dans des travaux classiques, sur le rôle de la suggestion dans l'édification du roman accusateur chez les enfants. Cette influence suggestive est d'autant plus marquée que l'enfant

est plus jeune et je ne saurais en donner une meilleure idée qu'en résumant ici quelques observations vraiment probantes de ce processus.

Voici un cas type du genre, observé par M. Lasègue, et dont j'emprunte à mon maître, M. Motet, la relation résumée à la Société de médecine légale :

« Un écolier rentre en retard au domicile, sa mère le gronde. « Qu'as-tu fait ? Pas de réponse. — Tu as encore été courir ? — Oui, Maman. — Où cela ? Pas de réponse. — Avec des hommes, peut-être ? Dis la vérité, ou tu seras battu ! — Oui, maman. » De question en question, et de « oui maman » en « oui maman », la mère finit par faire raconter à l'enfant un *prétendu attentat à la pudeur*, commis par un commerçant d'une rue voisine. A l'arrivée du père, la mère s'écrie avec colère : « Répète à ton père ce que tu viens de m'avouer ! » L'enfant raconte l'histoire désormais fixée dans son esprit, et la répète encore mot à mot devant le commissaire de police et devant un juge d'instruction qui ouvre une enquête; et l'enfant, suivant son récit, désigne la maison. Le commerçant qu'il accuse, et qui ne comprend rien à ce qui se passe, proteste avec énergie, donne la preuve qu'il n'était pas seul au moment où l'enfant prétend être venu chez lui. Le magistrat instructeur charge le Professeur Lasègue d'examiner l'enfant, qui finit par avouer que l'attentat à la pudeur n'avait jamais existé que dans l'imagination de sa mère.

Bien d'autres exemples, que j'ai cités ailleurs, prouvent la puissante influence exercée sur les dépositions des enfants et des débiles par la conversation de l'entourage et les questions des parents. Ce sont souvent celles-ci qui constituent seules, ou presque seules, le dossier des accusations portées par les petits sujets. Ainsi s'arrange et se fixe une histoire, que l'enfant apprend par cœur, et dont rien, ensuite, ne saurait le faire démordre. L'enfant n'en veut rien oublier en la récitant, reste invariablement fidèle à la version fixée dans sa mémoire, et n'apporte à son récit de variantes que celles qui lui sont commodément suggérées par les interrogatoires successifs.

C'est par le même mécanisme qu'exercent leur influence sur le témoignage des débiles les *suggestions de la presse*, illustrée ou non, qui décrit et représente les scènes dramatiques, sur lesquelles auront à déposer plus tard les témoins.

Les *sourds-muets*, souvent faibles d'esprit et suspects au point de vue de la capacité testimoniale, peuvent témoigner lorsque leur développement intellectuel est considéré comme suffisant, et qu'on peut communiquer avec eux par écrit. La plupart du temps, l'assistance d'un professeur de sourds-muets est nécessaire pour servir d'intermédiaire entre le témoin et les magistrats.

Chez le débile adulte, le plus souvent déséquilibré, on reconnaît les mêmes éléments générateurs de l'altération du témoignage. La mythomanie se traduit chez lui par les divers aspects de la *fabulation fantastique* : hâblerie, mystification, auto-accusation criminelle, hétéro-accusation calomnieuse, simulation d'attentats, etc.

Parmi les *Déséquilibrés* dont le témoignage est extrêmement suspect, figurent les *hystériques* et les *épileptiques*. Chez ces malades, le témoignage est altéré par des troubles variés, soit de la perception (illusions, hallucinations), soit de la mémoire (amnésie, paramnésie, états de crépuscule, de somnambulisme, d'obnubilation, de vertige, etc...), soit de la conscience (états de confusion, de délire, etc...), soit du jugement, soit enfin par des états passionnels violents.

Le témoignage des *psychopathes intoxiqués* (alcooliques, morphinomanes, etc...) est faussé par des troubles psychosensoriels, des erreurs de mémoire, des altérations des sentiments, l'obnubilation ou l'affaiblissement de l'intelligence ou de la moralité.

Le témoignage des *Déments* est altéré surtout par les lacunes de la mémoire, par l'interprétation fausse et hostile de ces erreurs de la mémoire, et aussi par les troubles de l'attention et de la conscience, par l'apathie et l'indifférence, par l'abaissement général du sens critique. Sans entrer dans l'étude des altérations du témoignage chez les déments, il faut signaler ici le danger particulier que pré-

sentent, du point de vue du témoignage, les déments peu-avancés, les sujets atteints, comme tant de paralytiques généraux au début, d'un simple affaiblissement psychique, que rien ne décèle encore dans leur attitude, leur langage et l'ensemble de leurs réactions extérieures.

Il existe enfin une variété de démence, dite presbyophrénique, presque spéciale aux femmes âgées, qui affecte les rapports les plus étroits avec les troubles psychiques des polynévrites alcooliques, et dont les symptômes principaux sont, avec la conservation relative du jugement, la perte de la mémoire, les fausses reconnaissances et la fabulation. Ces malades, qui ne se rappellent rien de leur passé récent, inventent toutes sortes d'histoires imaginaires, qu'ils débitent à leur interlocuteur sur le ton de la plus parfaite et de la plus sincère conviction ; ils affirment avec bonne foi et énergie reconnaître des gens qu'en réalité ils n'ont jamais vus, etc. On conçoit quels dangers peuvent présenter, du point de vue du témoignage, les assertions de tels malades, lorsque la démence, encore au début, laisse au témoin toutes les apparences de la santé psychique.

Le témoignage des *Délirants* est faussé, soit par les troubles de la perception (illusions et hallucinations) ou de l'imagination, soit par les interprétations morbides et les erreurs du jugement, soit par les idées délirantes, — surtout les idées de persécution, de dépossession, d'auto-accusation, etc.

Beaucoup de ces aliénés systématiques, qui ont conservé toute leur activité mentale, — surtout ceux qui ne présentent pas d'hallucinations, les fous lucides et raisonnants, atteints de psychoses interprétatives, — donnent au public et aux magistrats l'illusion d'une parfaite santé mentale, et font cependant devant les juges des dépositions franchement pathologiques, qui peuvent exercer une influence très fâcheuse sur la conviction des magistrats. Un grand nombre de ces persécutés processifs, de ces psychopathes, mis sur la scène par Aristophane dans ses *Guêpes*, par Racine dans ses *Plaideurs*, etc..., de sujets

atteints du délire des quérulants, ne comparaissent d'ailleurs, comme accusés ou comme plaignants, devant la justice, qu'en vertu de leur constitution psychopathique, et à cause d'une maladie mentale méconnue de tous, sauf des aliénistes.

Parmi les innombrables variétés de faux témoignages d'origine pathologique, il faut accorder une mention spéciale aux *aveux morbides*, aux *auto-accusations*, et aux *auto-hétéro-accusations*.

Dans un rapport sur les *Auto-accusateurs* au Congrès de Grenoble, en 1902, j'ai montré, après M. Régis, que l'aveu pathologique d'un crime concerne, le plus souvent, dans les deux tiers des cas environ, un crime inexistant ; et, dans d'autres cas, un crime réel, mais non imputable à l'auto-dénonciateur ; parfois même un crime de l'auto-dénonciateur, mais grossi, exagéré et avoué sans sollicitation extérieure, sous l'influence d'un remords légitime, mais d'origine pathologique.

L'auto-dénonciation pathologique est fréquente, surtout chez les alcooliques ; elle est alors le fait d'un délire hallucinatoire dramatique, dans lequel le malade s'improvise le héros d'un meurtre dont la conviction s'impose à lui, sous forme d'une idée post-onirique, c'est-à-dire survivant au rêve, après la guérison du délire actif qui l'a fait naître.

Dans d'autres cas, l'auto-dénonciation est le fait de mélancoliques ou d'hystériques, victimes également de convictions morbides d'origine hallucinatoire et délirante. Enfin j'ai déjà indiqué l'auto-accusation par vanité ou par suggestion chez les débiles.

On connaît le rôle dramatique joué par les auto-accusations pathologiques, dans les procès de sorcellerie du moyen-âge, au cours desquels d'innombrables malades payèrent de leur vie les sabbats et les orgies démoniaques dont elles s'accusèrent, sous l'influence de leurs convictions délirantes, d'origine mélancolique, toxique, hystérique, vésanique, etc...

L'*auto-hétéro-dénonciation* que j'ai décrite chez certai-

nes mythomanes malignes et vaniteuses, est l'aveu dans lequel l'accusatrice dénonce, avec elle-même, une autre personne qu'elle désigne comme un complice. Cette variété d'aveu pathologique porte presque toujours sur des faits d'ordre génital (viol, avortement, etc.).

Le témoignage peut donc être altéré chez les délirants, soit par des créations fantastiques d'ordre hallucinatoire, soit par des fabulations inventives d'ordre imaginatif, soit par des déductions erronées d'ordre interprétatif, des raisonnements faux inspirés par le trouble primitif des sentiments et la déviation secondaire de la logique.

Il existe d'ailleurs, entre les états délirants vrais et les états normaux une série d'états intermédiaires, qui, si on les considère du point de vue de leur influence sur le témoignage, forment la transition entre la santé mentale et le délire ; ce sont les *états passionnels*, créés par l'amour, la haine, la colère, les grandes émotions d'ordre religieux, patriotique, politique, etc... La combinaison de ces troubles passionnels avec l'activité psychique de chaque sujet aboutit à des réactions variées qui toutes altèrent dans tel ou tel sens et plus ou moins profondément le témoignage.

Les *conclusions judiciaires et médico-légales* qui se dégagent de cette étude peuvent être résumées dans les propositions suivantes.

Le témoignage ne mérite pas, en général, la croyance qu'on est disposé à lui accorder. Il doit être tenu pour d'autant moins exact, qu'il émane d'un sujet moins avancé en âge ; le témoignage de l'enfant doit être considéré, sinon comme irrecevable, au moins comme extrêmement suspect, et n'être jamais accepté que sous bénéfices d'inventaire et de contrôle.

On doit toujours rechercher, chez l'enfant, les éléments de la *suggestion étrangère*, volontaire ou involontaire, de la part de l'entourage : parents, maîtres, etc...

La loi décide, par l'article 79 du Code d'instruction criminelle, que l'enfant, au-dessous de quinze ans, pourra être entendu, au cours de l'instruction, sous forme de

déclaration et sans prestation de serment. Une jurisprudence plus récente autorise cependant, sans la déclarer obligatoire, la prestation de serment devant la Cour d'assises, par l'enfant au-dessous de quinze ans.

Le législateur a voulu indiquer par là que l'enfant, ne se rendant pas compte de la gravité du serment, pouvait être dispensé de cette formalité.

Toute la pratique judiciaire devrait s'inspirer de la sagesse de ces dispositions vis-à-vis de l'enfant. Les magistrats ne devraient, en aucun cas, accorder au témoignage de l'enfant une valeur effective ou morale qu'il ne peut comporter ; et le devoir du médecin légiste est d'éclairer les magistrats sur le peu de valeur probante qu'ont, à toutes les phases de la juridiction, les témoignages ou les renseignements émanés de l'enfant.

Le Code d'instruction criminelle établit que les témoins doivent être entendus et non interrogés : des questions peuvent être posées au témoin seulement après sa déposition. Cette disposition, destinée, dans l'esprit du législateur, à assurer la sincérité spontanée du témoignage, ne s'oppose nullement, en réalité, à la production des fausses dépositions de la part de l'enfant. Celui-ci, en effet, nous l'avons vu, peut avoir déjà appris, avant sa comparution devant le magistrat, la déposition qu'il va faire, et parfois il récite celle-ci comme une leçon qu'il sait par cœur. Quant aux questions secondaires adressées au petit témoin, si elles n'émanent pas d'un homme très expert en psychologie infantile, elles aboutissent souvent, nous avons vu pour quelles raisons, à préciser le mensonge et à enrichir la fable primitive.

Le témoignage des vieillards doit être tenu pour suspect, principalement s'il porte sur des faits récents.

La *formalité du serment* n'a pas en réalité les effets qu'on attend d'elle. Il ressort, en effet, des enseignements de la psychologie expérimentale et de la pratique judiciaire, les conclusions suivantes.

Le serment n'augmente pas sensiblement la véridicité de la déposition chez les témoins sincères et honnêtes, et

il n'empêche guère les menteurs de mentir. Il est certain qu'il ne rend pas la raison aux aliénés et qu'il n'améliore pas le témoignage des débiles, souvent incapables d'ailleurs d'en comprendre la portée.

La formule sacramentelle du serment, qui impose au témoin de dire toute la vérité et rien que la vérité, date d'une époque où la psychologie positive n'était pas née, et elle apparaît aujourd'hui en désaccord flagrant avec la psychologie même du témoignage, qui nous montre la distance qui existe toujours entre la vérité et les dépositions des témoins les plus sincères et les plus honnêtes. Le droit pénal romain était d'ailleurs moins exigeant, puisqu'il demandait au témoin non pas s'il savait, mais s'il pensait avoir vu telle ou telle chose (*non scire, sed arbitrari*).

Le serment, incapable de conférer la capacité de dire la vérité, m'apparaît donc comme une formalité inutile, vestige des anciennes jurisprudences, et dont la suppression ne diminuerait en rien la valeur générale des témoignages.

A plus forte raison doit-on souhaiter la prochaine suppression de la plus vaine et de la plus vexatoire des formalités imposées par la loi aux experts, celle du serment préalable, qui, d'ailleurs, dans la pratique médico-légale courante, tend de plus en plus à tomber en désuétude.

A cette question du serment, se rattache celle de l'assurance des témoins. L'observation clinique et l'expérimentation montrent que la conviction avec laquelle dépose le témoin n'est nullement proportionnelle à l'exactitude des faits affirmés. L'assurance du témoin dépend beaucoup plus de la nature suggestible de son esprit et des tendances affirmatives de son caractère que de la vérité objective des dépositions certifiées. Les enfants, les débiles, les hystériques, de nombreux aliénés apportent une conviction inébranlable, une énergie de sentiment bien faites pour exercer sur les juges et les jurés l'action suggestive la plus entraînante et la plus décisive, dans des dépositions radicalement fausses, issues des troubles pathologiques de leur

perception, de leur mémoire, de leur imagination et de leur jugement.

Le magistrat, désireux de s'inspirer, dans la pratique, des enseignements de la psychologie clinique expérimentale, devra, autant que possible, se méfier de sa propre intervention vis-à-vis du témoin, que peut influencer son interrogatoire, et éviter toute suggestion sur lui par son attitude, son accent et la nature de ses questions. Il essaiera d'apprécier la valeur subjective du témoin, et attachera autant d'importance à la psychologie du déposant qu'au contenu de sa déposition.

Chaque témoignage revêt, dans sa forme même, la valeur d'un fait psychologique qui mérite d'être étudié en soi, indépendamment des faits objectifs sur lesquels porte la déposition. La forme du témoignage fournit, en effet, en elle-même, au magistrat, des éléments d'appréciation sur le niveau intellectuel, le degré de culture, les tendances sentimentales, l'orientation de l'esprit, les préoccupations présentes, etc... du témoin.

La conclusion qui se dégage de cette étude, c'est la nécessité de l'étroite collaboration, sur le terrain, de l'information judiciaire, du magistrat et de l'expert aliéniste.

Certaines situations judiciaires particulières imposent avec plus d'urgence encore cette collaboration ; telles sont celles que créent les auto-accusations et les hétéro-accusations.

Dans les *auto-accusations*, la nature morbide de l'aveu n'exclut pas la réalité possible du crime dénoncé ; d'autre part, la réalité du crime dénoncé n'exclut pas la nature pathologique possible de la dénonciation. Aussi, tout auto-accusateur devrait-il être soumis à l'expertise médicale.

En l'absence d'expertise, le problème de l'auto-accusation reste dans le domaine judiciaire, et comporte des solutions juridiques, dont j'ai exposé l'intérêt et les variétés possibles dans mon travail sur les auto-accusateurs. L'étude des faits d'auto-accusation démontre qu'ils ont pu et peuvent encore entraîner de regrettables conséquences pratiques et judiciaires, dans l'ordre des actions inutiles,

des longues préventions, des enquêtes stériles, enfin des condamnations injustes.

Dans les *hétéro-accusations*, les situations judiciaires créées par les témoins pathologiques sont autrement graves encore ; mais elles sont présentes à l'esprit de tous les magistrats. Qu'il me suffise de rappeler ici la célèbre affaire La Roncière et l'affaire Eugénie La Roche, rapportée par M. Vallon au Congrès de Marseille, en 1899, dans laquelle furent condamnés aux travaux forcés à perpétuité Jamet et Léger, accusés de viol par une enfant de treize ans et reconnus innocents, après un long séjour au bagne. Plus récemment des affaires de prétendus attentats à la pudeur commis sur des enfants ont vivement ému l'opinion publique. Je n'en citerai qu'une, que je relève dans la chronique judiciaire du journal *Le Temps*, numéro du 29 mars 1909 :

« M. B..., du bourg de X..., avait été condamné, l'an dernier, par la Cour d'assises de l'Orne, à un an de prison pour attentats à la pudeur ; la Cour ayant fait des réserves sur une question subsidiaire d'outrage public à la pudeur, B... vient de comparaître devant le tribunal correctionnel d'Argentan pour y répondre de ce délit.

« Or, un véritable coup de théâtre s'est produit au cours de l'audience. L'instituteur du bourg de X..., M. Besnard, a apporté, en effet, un témoignage décisif de l'innocence de B... Son principal accusateur, le jeune Y... a avoué à M. Besnard, — et cela sans crainte aucune, — que tout ce qu'il avait dit aux Assises contre B... était faux ; et la sœur de cet écolier, la jeune Y..., a, de son côté, déclaré à son institutrice qu'en accusant B... elle avait menti : « par peur des gendarmes ».

« B... avait toujours nié. »

« En présence de ces faits le Tribunal correctionnel a relaxé le prévenu des fins de sa poursuite. D'autre part, Me Desmaisons, son défenseur, a introduit une demande en révision du premier procès. »

Afin d'éviter de si regrettables erreurs judiciaires, à l'origine desquelles figurent des troubles mentaux chez un

malade, et l'ignorance par les magistrats de la possibilité de ces troubles mentaux, l'expertise médico-légale s'impose dans ces affaires d'accusation. L'expertise représente, en effet, un indispensable moyen d'information, destiné, en dehors des résultats de l'enquête judiciaire, à mettre en évidence, par la formule même de l'accusation et l'étude du sujet accusateur, le fondement pathologique et l'inanité du roman criminel.

L'étude de l'expert peut éclairer, en de tels cas, le dossier de l'instruction, et suffire à apporter aux magistrats la solution médico-légale du problème judiciaire. Enfin, la question de la responsabilité pénale ou civile encourue par les accusateurs, du fait de leurs dénonciations fausses ou mensongères, mérite d'être discutée dans chaque cas particulier.

Des pages précédentes se dégage la conclusion générale suivante. L'étude du témoignage, qui constitue, pour les magistrats et les experts, une partie des plus importantes de la psychologie judiciaire, représente, pour l'esprit critique, la préface indispensable de toute science d'observation et de toute philosophie de la certitude.

DEUXIEME PARTIE

PATHOLOGIE DE L'ÉMOTIVITÉ





CHAPITRE II

DÉBILITÉ MOTRICE

DÉBILITÉ MOTRICE

A côté de la constitution émotive, il faut placer la « débilité motrice » : *ces deux déséquilibres, émotif moteur, entretiennent l'un avec l'autre les rapports les plus étroits : l'émotivité s'explique surtout par le dérèglement de la motricité profonde, vasomotrice et viscérale (musculature lisse, régie par le sympathique); la débilité motrice tient au dérèglement de la motricité périphérique (musculature striée, présidant à l'exécution des mouvements volontaires, et régie par le système nerveux cérébro-spinal).*

DÉBILITÉ ET DÉSÉQUILIBRATION MOTRICES

On s'accorde, en psychiâtrie, à grouper, sous le nom très compréhensif de débilité mentale, un ensemble d'états morbides caractérisés par l'insuffisance originelle, plus ou moins profonde ou étendue, de l'activité psychique. Ces états de débilité mentale, qui s'échelonnent, par transitions insensibles, des formes plus ou moins complètes de l'idiotie et de l'imbécillité aux types les plus atténués de l'insuffisance psychique, relèvent de lésions, congénitales ou infantiles précoces, des territoires psychiques du cortex. Ces lésions, d'ordre tératologique ou inflammatoire, ont pour résultat commun d'arrêter ou de troubler le développement cérébral et d'entraîner ainsi une agénésie corticale plus ou moins grave.

Les formes bénignes de la débilité mentale paraissent souvent indépendantes de toute altération macroscopique de l'écorce. Dans de tels cas, l'infériorité des fonctions mentales semble pouvoir être rapportée à une hypogénésie congénitale des territoires psychiques, à une insuffisance, quantitative ou qualitative, d'ordre aplasique, des éléments nobles de l'écorce, due elle-même à une insuffisance originelle du germe.

Ces encéphalopathies intra-utérines ou infantiles précoces, constituées par un ensemble de lésions acquises, de malformations originelles et d'agénésies secondaires, intéressent inégalement, en étendue et en profondeur, les différents territoires psychiques, moteurs, sensitifs et sensoriels. On sait, en effet, combien fréquentes sont, chez les idiots, les atteintes plus ou moins graves de la motilité. Dans les formes atténuées de la débilité mentale, les territoires moteurs n'échappent pas aux influences nocives qui troublent le développement des territoires psychiques, et le même parallélisme s'observe entre les deux séries, psychique et motrice, des effets de l'hypogénésie corticale. Chez beaucoup de sujets, surtout dans les degrés légers de débilité mentale, le trouble du développement n'intéresse que les zones psychiques et les fonctions motrices restent normales. Dans une autre série de cas, chez des sujets normaux du point de vue psychique, on peut observer certains troubles, le plus souvent légers, de la motilité, qui indiquent un vice de développement des zones rolandiques et de leurs prolongements, à l'exclusion de tous les autres territoires corticaux. Cette dissociation des deux syndromes mental et moteur s'explique aisément par l'indépendance relative des zones psychiques et motrices sur le manteau cortical. Mais, en règle générale, on constate une association, en proportions variables, de troubles psychiques et moteurs, révélant la nature diffuse de l'atteinte corticale par le même processus pathogénique. Il existe donc, chez beaucoup de débiles mentaux, parallèlement à l'insuffisance psychique, des troubles moteurs, d'ordre également agénésique, qu'on peut désigner, par analogie

avec la débilité mentale, sous le nom de *débilité motrice.*

Dans une série de travaux, j'ai décrit, sous le nom de syndrome de débilité motrice, un état pathologique congénital de la motilité, souvent héréditaire et familial, caractérisé par l'exagération des réflexes tendineux, la perturbation du réflexe plantaire, la syncinésie, la maladresse des mouvements volontaires, et enfin par une variété d'hypertonie musculaire diffuse, en rapport avec les mouvements intentionnels et aboutissant à l'impossibilité de réaliser volontairement la résolution musculaire. J'ai proposé pour désigner ce dernier trouble, le terme de *paratonie.*

Pour déceler, chez le débile moteur, l'existence de la paratonie, il suffit de lui demander de relâcher volontairement un de ses membres supérieurs, de l'inviter à faire le « bras mort », en laissant pendre inerte et flasque, le long du thorax, le membre qui doit ainsi obéir passivement aux divers mouvements communiqués. Cette manœuvre du bras mort met en jeu une des propriétés fondamentales de la musculature striée : l'aptitude à entrer volontairement en résolution.

Chez les paratoniques, les muscles examinés se contractent à un degré d'intensité et d'étendue variable, mais toujours proportionnel aux efforts accomplis par le sujet pour les relâcher; ils provoquent le maintien du membre, spontané et plus ou moins prolongé, dans les positions ou attitudes qu'on lui imprime. Dans cette anomalie du tonus musculaire, le muscle entre en un état de tension, d'hypertonie, qui a pour conséquence de mettre les segments du membre intéressés dans une attitude cataleptoïde momentanée ; la volonté peut, d'ailleurs, aussitôt modifier ces positions et ces attitudes, mais par le moyen de contractions actives, et non par la résolution musculaire, qui, par définition, échappe, chez les paratoniques à l'influx volontaire.

Il s'agit donc, en résumé, d'une *insuffisance du pouvoir d'inhibition volontaire* sur la musculature des membres : car, en dehors de la volonté, les muscles sont, chez les paratoniques, dans les états de sommeil, de distraction, etc. aussi capables de relâchement et de flaccidité que chez

les autres sujets. Cette insuffisance du pouvoir d'inhibition volontaire est tellement répandue, surtout à ses degrés inférieurs, que, lorsqu'elle est peu prononcée, elle reste toujours latente et ne mérite pas le nom de trouble, au sens pathologique du mot. Elle n'est intéressante à étudier qu'à ses degrés élevés, et dans ses associations avec d'autres troubles du système moteur.

La paratonie est généralement bilatérale, mais asymétrique ; elle est plus intense d'un côté que de l'autre. Elle est parfois nulle d'un côté et légère de l'autre.

Un excellent procédé de recherche de la paratonie, lorsque celle-ci est très légère, consiste à l'exagérer en faisant contracter énergiquement le poing du côté opposé. Cette manœuvre montre les rapports étroits qui existent entre la paratonie et la syncinésie ; elle démontre aussi que paratonie et syncinésie sont deux troubles, par insuffisance, de l'inhibition motrice.

La *syncinésie*, bien étudiée, dans son mécanisme et sa sémiologie, par Ottfried Fœrster et G. Strœhlin, peut être provoquée, à l'état normal, chez la majorité des sujets, à l'occasion d'efforts énergiques. C'est le degré dans la rapidité d'apparition, l'intensité et la diffusion du phénomène, qu'il faut considérer ici. C'est aussi la forme et le sens du mouvement associé qu'il importe de préciser : il existe, par exemple, des syncinésies en extension et d'autres en flexion ; il en existe de sens opposé à droite et à gauche, etc... Il en est de la syncinésie comme de beaucoup d'autres symptômes, qui n'acquièrent de signification pathologique que par l'exagération, variable dans son degré, d'un élément compatible, en soi-même et dans certaines proportions, avec la santé et l'état normal.

Une des conséquences habituelles de la syncinésie, chez les débiles moteurs, est l'accentuation, beaucoup plus marquée chez eux que chez les sujets normaux, de la *participation des membres supérieurs aux mouvements alternatifs des membres inférieurs dans la marche*, déjà signalée et étudiée par Marey, et dont j'ai indiqué, en 1897, au Congrès de Moscou, l'origine ancestrale et la signification

véritable. Ces mouvements des bras représentent, en effet, dans les mouvements de la marche humaine, les reliquats de l'allure quadrupède de la locomotion des ancêtres : et il est intéressant de les retrouver plus marqués chez les enfants, les débiles et les déséquilibrés moteurs.

La paratonie s'apprécie souvent fort bien dans l'exploration des reflexes tendineux, lorsqu'on demande au sujet de relâcher volontairement ses muscles, ou lorsqu'on l'invite à se prêter à la palpation du ventre, en assouplissant la paroi abdominale par la résolution volontaire de ses muscles. Chez beaucoup de débiles moteurs, ce relâchement musculaire est impossible ; et, plus le sujet s'applique à le réaliser, plus la contraction tonique des muscles s'exagère. On n'obtient la résolution qu'en provoquant la distraction de l'esprit : car chez certains paratoniques, la manœuvre de Jendrassik ou les procédés analogues entretiennent, par la diffusion des contractions syncinétiques, un redoublement de tension de toute la musculature.

Ces phénomènes d'hypertonie et de paratonie ont même pu, dans un certain cas que j'ai observé, simuler des contractions de défense, au cours d'une affection douloureuse du ventre, faire croire à l'existence d'une appendicite et décider d'une intervention, qui montra l'intégrité de l'appendice et du péritoine. La persistance, au cours de la cicatrisation de la plaie opératoire et après la guérison, du même état normal de contraction paratonique, démontra la principale raison de l'erreur de diagnostic.

En de pareils cas, la recherche systématique de la paratonie par l'épreuve du bras mort démontrera les troubles de l'inhibition volontaire des muscles et décèlera l'existence de la débilité motrice.

Prosper Merklen a rattaché au syndrome de la débilité motrice une variété *d'énurésie infantile*. Reprenant la remarque de Freud sur la fréquence de l'hypertonie des membres inférieurs chez les petits incontinents, il a établi les relations qui existent entre certaines énurésies et le syndrome de la débilité motrice. Il a trouvé, chez 26 énurésiques, 18 débiles moteurs.

Le même auteur a indiqué, à la Réunion pour l'étude de l'Enfance anormale, à Lyon, en 1912, l'intérêt de l'examen, dans l'étude de la syncinésie, de la motilité palpébrale, et de la recherche de l'indépendance ou de l'association de deux orbiculaires, dans l'occlusion et l'ouverture volontaires d'un seul œil. Ce phénomène est désigné par P. Merklen sous le nom de *débilité motrice palpébrale*.

Presque tous les sujets paratoniques sont peu aptes à l'exécution des mouvements délicats, compliqués ou rapides; ils se montrent, dans la vie courante, malhabiles, gauches, « empotés », comme l'on dit. La plupart des domestiques maladroits, des casseurs incorrigibles, sont des paratoniques atteints de syncinésie à la contraction de l'une des mains, et chez lesquels on constate fréquemment des anomalies uni ou bilatérales de la réflectivité plantaire.

La *maladresse constitutionnelle*, celle qui persiste malgré l'exercice et l'entraînement, celle qui résiste aux efforts de la meilleure volonté, est liée à la paratonie et à la syncinésie et traduit, comme ces signes, un degré plus ou moins prononcé de débilité congénitale de la motricité.

Un autre élément assez fréquent de la débilité motrice, et qui semble d'ailleurs assez voisin, dans son mécanisme, de la paratonie, est la *cataleptibilité*, c'est-à-dire l'aptitude à la conservation, pendant un temps variable, mais très long, des poses passivement communiquées aux membres du sujet. Cette aptitude cataleptique résulte d'une sorte de suggestibilité motrice, d'une malléabilité passive, d'une plasticité musculaire, en vertu de laquelle le débile moteur, indifférent en partie à la sensation de fatigue et à la position de ses membres, garde les attitudes qu'on lui fait prendre, avec la flexibilité cireuse des cataleptiques, sans changer de position, sans réaliser spontanément la résolution musculaire qui survient rapidement chez le sujet normal, lorsqu'on pratique sur lui la même expérience.

Cette cataleptibilité, sur laquelle le Professeur Bernheim a judicieusement insisté, en la donnant comme un signe de suggestibilité, s'allie, en effet, souvent, à de l'apathie, de l'inertie, de la passivité chez les sujets; mais elle est sur-

tout fréquente chez les débiles moteurs paratoniques. Elle représente la prolongation normale de la catalepsie physiologique décelée chez l'enfant âgé de moins de trois ans, par A. Collin, au moyen du signe du bras. On observe souvent, chez les débiles moteurs, la *gaucherie* complète jusqu'aux formes frustes de l'ambidextrisme, qui ne représente qu'une gaucherie atténuée et corrigée par l'éducation. La gaucherie appartient naturellement au cadre du déséquilibre moteur, puisqu'elle résulte, lorsqu'elle est congénitale, d'une asymétrie du développement des voies motrices, qui entraîne la prédominance, organique et fonctionnelle, du cerveau moteur droit; cette asymétrie peut se reconnaître, dans certains cas, à l'examen comparé des voies pyramidales, dans le bulbe et dans la moelle, ainsi que j'ai eu l'occasion de le vérifier avec P. Camus, à l'autopsie d'un gaucher mort au cours d'une hémiplégie droite homolatérale. On constate souvent, chez les gauchers, précisément en vertu de cette hypogénésie du faisceau pyramidal droit, des altérations du réflexe plantaire du même côté, allant jusqu'à l'extension franche du gros orteil.

Le déséquilibre moteur constitutionnel, fréquent dans la débilité mentale, peut s'observer chez des sujets d'ailleurs normaux et même supérieurs du point de vue psychique. Il se traduit alors par un contraste, souvent frappant, entre la personnalité intellectuelle du sujet et son habitus, son attitude, sa démarche, sa mimique, son élocution, en un mot par un contraste entre la mentalité et l'expression de cette mentalité. Ces mêmes sujets dont les allures décèlent l'indigence des réactions expressives, se montrent inhabiles dans toutes les occasions qui mettent en jeu la précision et la délicatesse des mouvements, notamment dans les exercices de sport et d'équilibre. Ils se montrent souvent incapables, malgré toute leur intelligence et leur bonne volonté, d'apprendre certains exercices, la danse, la bicyclette, le jeu de certains instruments, etc...

Dans une autre série de cas inverses, la débilité mentale la plus profonde peut coexister avec des aptitudes motrices

supérieures. Certains grands débiles et certains idiots offrent un développement remarquable de la force et de l'agilité motrices, qui démontre, par un exemple inverse, que le cerveau moteur est parfois épargné alors que le cerveau psychique a été arrêté dans son évolution. On connaît des idiots dont l'agilité, l'adresse, l'aptitude aux jeux d'équilibre, jointes à leurs manies de grimacer, de flairer, etc., affectent de remarquables analogies avec celles du singe. H. Wallon et Léon Kindberg, à la Société de Psychiâtrie, ont communiqué un cas intéressant de cette forme d'idiotie. Et je rappelais, à ce propos, que la motilité et l'intelligence peuvent être, dans leur développement normal, comme dans leurs atteintes morbides, dissociées et relativement indépendantes.

Depuis 1907, de nombreuses observations ont été publiées de sujets atteints de débilités motrice et mentale associées, par Méry et Armand Delille, à la Société de Neurologie, par moi-même et mes élèves P. Camus, Maillard, Gelma, Logre, à la Société de Psychiâtrie.

J'ai donc proposé le terme de débilité motrice, non pas pour exprimer un défaut d'énergie dans la contraction, non pas pour désigner un déficit paralytique ou parétique, impliquant une diminution de la force musculaire, mais pour définir, dans ses lignes générales, un état d'insuffisance et d'imperfection des fonctions motrices, considérées dans leur adaptation aux actes ordinaires de la vie. Souvent, d'ailleurs, ce syndrome n'apparaît constitué que par quelques-uns de ses éléments. Il peut être incomplet. Les stigmates de la débilité motrice ne valent que par leur groupement, par le nombre, l'intensité et l'importance de leurs manifestations cliniques. Cette imperfection motrice me semble tenir à une insuffisance de l'inhibition : cette insuffisance, congénitale ou d'apparition précoce, explique l'ensemble des éléments du syndrome, notamment la syncinésie, la paratonie, et l'on conçoit combien elle peut gêner l'exécution des mouvements précis et délicats des mains, par le trouble apporté, soit à l'action des antagonistes, soit à l'arrêt opportun des contractions, dont l'ac-

cord réalise, à l'état normal, l'équilibre et les synergies automatiques de la motilité volontaire.

Ce terme de « débilité motrice », légitime en un certain sens et justifié par l'étiologie et la pathogénie, ne doit donc pas être pris dans l'acception de faiblesse, de parésie, d'insuffisance d'énergie contractile, mais dans celle d'une anomalie, originelle ou précocement acquise, de la motilité, considérée dans sa forme supérieure, c'est-à-dire dans la coordination, dans la régulation et finalement dans l'équilibre fonctionnel de tous les éléments dont se compose un acte moteur, adapté à ses fins.

Le syndrome de débilité ou de déséquilibre des fonctions motrices doit être rapporté à une insuffisance du faisceau pyramidal, soit par agénésie essentielle, soit après une légère encéphalopathie infantile précoce.

En effet, il est un âge auquel on constate normalement l'insuffisance de développement du cerveau psychique et du cerveau moteur avec ses dépendances : c'est la première enfance, durant laquelle le nourrisson représente un débile mental et moteur physiologique. La débilité motrice se traduit précisément, chez le jeune enfant, par les éléments du syndrome plus haut signalé : hypertonie, troubles des réflexes, syncinésie, énurésie, etc. Cette débilité motrice, dont l'expression clinique (attitudes en flexion, synergies motrices, etc.), a frappé tous les observateurs de l'enfance, a été l'objet d'interprétations variées, que j'ai passées en revue, en citant à ce sujet les travaux de Marie, de Brissaud, de Hochsinger, Thiemich, Saint-Ange Roger, Fancioni, Leri, etc., dans ma communication au Congrès de Nantes, en 1910, avec P. Marklen, sur la débilité motrice, étudiée dans ses rapports avec l'insuffisance pyramidale physiologique du premier âge.

A la Société de Psychiatrie, en novembre 1912, A. Leri concluait de ses recherches sur ce sujet que « le syndrome de débilité motrice est physiologique chez le nouveau-né, qu'il se prolonge assez fréquemment jusque vers trois, quatre, cinq ans, chez les enfants athrepsiques, retarda-

taires par le développement de leur système nerveux comme par celui de l'ensemble de leur corps, mais sans qu'il y ait pourtant une lésion cérébrale ou médullaire qui empêche définitivement le développement parfait du faisceau pyramidal. Plus tard, le syndrome devient plus nettement pathologique encore, mais toujours sans qu'on puisse délimiter une lésion véritable : il s'agit d'un retard indéfini dans le développement des voies motrices : on a alors le syndrome de débilité motrice chez l'adulte ».

A. Collin a bien montré, dans ses recherches sur le « syndrome infantile normal psycho-neuro-musculaire », en 1912, la nature normale de la débilité motrice au-dessous de deux ans et huit mois, qu'il a décelée par « le signe du bras », révélateur de l'aptitude cataleptique de l'enfant.

Toutes ces considérations démontrent les rapports étroits qui existent entre le syndrome de débilité motrice, conçu comme l'expression clinique d'un trouble de développement des voies pyramidales et la maladie de Little. Je ne rappellerai pas ici les travaux de P. Marie et de Brissaud, de Flechsig, Van Gebuchten, Dejerine, Bechterew, Cestan, Catola, Mme Long-Landry, etc..., sur la chronologie et les variations du développement du faisceau pyramidal, sur l'étiologie, la pathogénie et la clinique du syndrome de Little, et je conclurai, dans une comparaison quelque peu schématique et grossière, mais légitime, que si les formes graves ou moyennes de la maladie de Little aboutissent à une impotence musculaire profonde et durable, à une sorte d'idiotie motrice, les formes bénignes et légères du même syndrome se traduisent par une atteinte fruste et parfois curable de la motilité, par un degré plus ou moins accentué de débilité motrice.

Il n'est d'ailleurs pas besoin d'une altération grossière pour expliquer l'insuffisance du tractus moteur. Une lésion minime, insaisissable, d'ordre aplasique, analogue à celle de l'observation de Mya et Lévi, une infériorité simplement qualitative, congénitale, du faisceau pyramidal, suffit

pour entraîner l'insuffisance fonctionnelle des voies motrices.

C'est ici le lieu de rappeler l'opinion de Ganghofner, qui soutient la possibilité d'une insuffisance fonctionnelle du faisceau pyramidal. Il en est ainsi pour nombre de débiles mentaux, chez qui l'examen, même microscopique, n'apporte aucune justification objective de l'insuffisance du cerveau psychique. On est obligé, dès lors, de conclure à une infériorité congénitale, quantitative ou qualitative, des éléments anatomiques du cerveau psychique. Ces minima anatomo-pathologiques, consécutifs eux-mêmes à des minima étiologiques, déterminent les variétés atténuées et les degrés légers de la débilité mentale, comme de la débilité motrice.

L'analyse des observations de débilité motrice ne permet pas d'établir le rôle que peut jouer, dans le déterminisme du syndrome, l'appareil cérébelleux. Dans les cas de débilité motrice simple, je n'ai pas jusqu'ici observé la titubation, l'asynergie et l'adiadococinésie. En revanche, il serait intéressant de rechercher, comme l'ont fait Klippel et Monier-Vinard, chez deux sujets présentés, en 1908, à la Société de Neurologie, les éléments de débilité motrice chez les sujets atteints d'encéphalopathies, familiales ou non, particulièrement dans les affections du cervelet.

La déséquilibration motrice peut se traduire sous des formes cliniques autres que celle du syndrome précédemment décrit, associées ou non à lui, et dont la nature constitutionnelle se révèle par leur indépendance de toute lésion constante saisissable, leur apparition parfois précoce, leur caractère héréditaire et souvent familial, enfin leur association fréquente, soit entre elles, soit à d'autres variétés de déséquilibre du système nerveux.

Une des formes les plus fréquentes du déséquilibre moteur congénital est le *tremblement*, d'abord dans sa variété dite *essentielle*, et même, en une certaine mesure, dans ses variétés symptomatiques.

Les différentes variétés, héréditaire, familiale ou sénile

du tremblement essentiel, ont été ramenées, par Achard et Soupault sous le nom de névrose trémulante, au même type morbide. L'histoire de cette variété de tremblement a été élucidée et définitivement fixée par Achard, qui a établi, en effet, l'inanité de toute distinction étiologique et clinique entre le tremblement héréditaire et le tremblement sénile, et qui a montré que l'hérédité névropathique, directe ou indirecte, souvent familiale, était la seule étiologie commune du syndrome.

L'importance de la prédisposition originelle se marque avec évidence également dans les formes du tremblement physiologique que provoque le froid, la fatigue et surtout l'émotion.

Les tremblements symptomatiques obéissent, eux aussi, à la même loi étiologique, avec cette distinction, importante d'ailleurs, qu'ils ont besoin, pour apparaître, d'une cause efficiente. Cette cause nécessaire est tantôt l'émotion, tantôt l'intoxication, tantôt l'infection et l'épuisement, tantôt l'auto-intoxication endocrinienne ; tantôt enfin les maladies organiques du système nerveux. Le tremblement est dit alors, selon la nature de la cause provocatrice, émotif, toxique, basedowien ou organique. Mais, si, dans ces formes symptomatiques, la prédisposition personnelle est au dernier plan étiologique, elle s'accuse cependant par l'inconstance ou l'inégale intensité du symptôme dans les affections à tremblement, chez les différents sujets.

On peut aussi considérer comme un stigmate de déséquilibre moteur, intermédiaire aux tremblements et aux myoclonies, le *nystagmus*, dans ses variétés étrangères aux lésions cérébrales ou protubérantielles.

Une autre variété de déséquilibre moteur dont les origines doivent être, en partie, cherchées dans les prédispositions personnelles des sujets, se traduit par le syndrome de la *chorée*.

Ce syndrome, dont je n'ai pas à rappeler ici les caractères classiques, apparaît sous la forme d'une véritable maladie, chez les enfants, à la période de croissance, sous

l'action de causes variées, le plus souvent infectieuses et notamment rhumatismales.

Aussi, la chorée de Sydenham a-t-elle été, suivant les époques et les doctrines, tour à tour considérée comme une maladie rhumatismale, une névrose d'évolution, une maladie infectieuse, banale ou spécifique, et, enfin, actuellement, comme une affection cérébro-spinale organique. Toutes ces théories contiennent une part de vérité, ainsi que le démontrent les faits étiologiques, cliniques et anatomiques. La chorée de Sydenham doit être envisagée comme un syndrome, dont l'apparition peut être provoquée, comme celle de l'épilepsie, par les moments étiologiques les plus divers. Parmi ceux-ci, les plus communs sont d'ordre infectieux et déterminent, soit par l'imprégnation toxique, soit par les atteintes anatomo-pathologiques les plus variées du névraxe, l'éclosion du syndrome moteur, chez les sujets prédisposés à cette réaction morbide particulière de l'énergie motrice. Il faut donc isoler les éléments moteurs de la chorée de tous les autres accidents décrits comme autant de symptômes ou de complications de la chorée : cardiopathies, arthropathies, fièvre, altération de l'état général, troubles sensoriels et psychiques, etc..., en exceptant naturellement les conséquences secondaires à l'intensité de l'agitation motrice. Les recherches modernes, principalement celles de Babinski, et d'A. Thomas, de Sicard, de Babonneix, qui ont enrichi l'histoire étiologique et anatomique de la chorée d'acquisitions précieuses, n'ont pas démontré que la chorée fût une maladie organique, mais bien que l'axe cérébro-spinal peut réagir, par le syndrome choréique aux atteintes anatomiques les plus polymorphes et les plus diverses, dans leur siège. Ces lésions sont symptomatiques de toxi-infections variées, qui peuvent déterminer, dans l'organisme, en même temps que la chorée, les syndromes anatomo-cliniques plus ou moins graves et parfois mortels. Dans la majorité des cas, les symptômes de lésion organique du système nerveux, chez les choréiques, sont rares, discrets et fugaces. Dans une autre série de cas, ils manquent complètement. On con-

naît d'ailleurs la fréquence, chez les enfants, des récidives de la chorée, qui sont parfois multiples et peuvent être provoquées par les causes les plus diverses : infections nouvelles, traumatismes, émotions, troubles digestifs, époque menstruelle, etc... La chorée des femmes enceintes n'est le plus souvent qu'une récidive, à l'occasion de la grossesse, de la chorée infantile.

Le syndrome choréique a les affinités les plus étroites avec d'autres syndromes moteurs, d'ordre également constitutionnel, tels que les spasmes, les tics, et beaucoup de contractions musculaires anormales, complexes, qui se traduisent par des grimaces, des secousses, des crises d'instabilité, dont la formule est tellement variable et atypique qu'on ne peut leur assigner d'étiquette ni de place précise, dans la sémiologie nerveuse.

La forme clinique la plus instructive, à cet égard, est celle que Brissaud a décrite, en 1896, sous le nom de *chorée variable des dégénérés*. Ce type de chorée est caractérisé par l'extrême variabilité de forme, d'intensité et d'évolution des mouvements, par l'irrégularité et la rémittence de sa marche, la chronicité de sa durée, enfin et surtout par le caractère bâtard et complexe de l'agitation motrice et l'association du syndrome choréique aux marques les plus manifestes de la dégénérescence physique et de la débilité mentale.

La chorée chronique héréditaire de Huntington, propre à l'âge adulte, est constituée par l'association du syndrome moteur choréique à un syndrome psychopathique à évolution démentielle. Ces deux syndromes dépendent de lésions corticales diffuses, d'ailleurs non spécifiques. La diffusion et la profondeur de ces lésions, qui expliquent la démence progressive de ces choréiques, ne semble pas pouvoir rendre compte, en elles-mêmes, de l'existence et de la forme du syndrome moteur, si l'on n'invoque pas l'aptitude personnelle du sujet, déjà démontrée par l'hérédité, aux réactions choréiques.

Toutes ces formes de chorée se réduisent donc à une réaction particulière du système moteur, survenant sous

les influences les plus diverses, et n'ayant de spécifique que l'expression clinique qu'elle revêt, au milieu d'un tableau symptomatique constitué par beaucoup d'autres éléments, étrangers à la chorée elle-même.

Une autre forme fréquente du déséquilibre moteur constitutionnel est représentée par *l'agitation motrice continue* de certains jeunes débiles, qui se marque par une profusion incessante de mouvements dans tous les domaines musculaires, par des gestes, des grimaces, des gambades, des jeux exubérants de la mimique, du bavardage, etc... Les degrés atténués de cette agitation se manifestent par le syndrome, si commun chez les arriérés et les anormaux, de l'*instabilité*.

J'ai rapporté avec Gelma, à la Société de Psychiâtrie, en 1910, un cas typique de cette agitation continue, présentée par une débile de neuf ans, chez laquelle l'instabilité motrice revêtait le type maniaque, et dont beaucoup de mouvements rappelaient le type illogique et incoordonné des contractions choréiques.

Cette instabilité constitutionnelle des jeunes débiles entraîne, dans le domaine psychique, de l'incapacité d'attention, de l'étourderie, une grande labilité de l'humeur, des troubles du caractère, des caprices, des crises de colère, etc... Ces dispositions pathologiques de l'enfant, bien connues des instituteurs, révèlent l'étroite association étiologique et clinique des deux déséquilibres mental et moteur. Un certain nombre de ces sujets, instables et atteints d'une sorte d'*éréthisme locomoteur*, deviennent des *vagabonds* poussés à une incessante déambulation par un besoin incoercible de mouvements, une véritable soif de locomotion.

Les troubles moteurs, désignés sous le nom général de *myoclonies*, constituent une autre forme tonique, clonique, tétanique ou fibrillaire, de déséquilibre moteur constitutionnel, essentiellement variable dans ses caractères et son évolution, et dont les crises récidivantes paraissent relever surtout d'une étiologie émotive.

Ces différents syndromes trahissent une irritabilité par-

ticulière et congénitale des zones motrices de l'écorce, qui, après une période plus ou moins longue de latence, se révèle, sous l'influence d'une cause occasionnelle d'autant plus légère que la vulnérabilité constitutionnelle des régions rolandiques est plus marquée. Cette irritabilité corticale est due, soit à une petite lésion secondaire à une encéphalopathie fruste du premier âge, selon le mécanisme sur lequel a si justement insisté Pierret, soit à un état d'insuffisance anatomique ou fonctionnelle, d'ordre agénésique, représentant plutôt une malformation congénitale qu'une altération acquise.

Ces considérations s'appliquent à un autre syndrome l'*épilepsie*, qui, par l'ensemble de ses caractères étiologiques, cliniques et évolutifs, et par son association avec tant d'autres stigmates du déséquilibre moteur, mérite d'être rappelée ici. Révélant par excellence l'instabilité de l'équilibre dynamique des zones motrices, l'épilepsie complique souvent les anomalies congénitales ou acquises de la motilité. Elle représente, sous sa forme dite essentielle, une des manifestations les plus communes et un des réactifs les plus sensibles d'un état particulier de déséquilibre moteur (aptitude convulsive de Joffroy), dont les paroxysmes sont déchaînés par des causes insaisissables.

On peut du point de vue étiologique, clinique et évolutif, rapprocher de l'épilepsie la *tétanie*, avec ses accès intermittents et irréguliers, ses contractures limitées ou généralisées, survenant sous l'influence de causes saisissables, généralement toxiques, et, d'autres fois, dans les formes dites primitives, sous des influences impossibles à préciser. Tout en réservant la possibilité de l'existence de toxines spécifiques, d'origine parathyroïdienne et de nature mal connue, il est logique d'admettre, dans l'étiologie du syndrome, une prédisposition convulsive particulière, qui n'est qu'une forme de déséquilibration motrice.

Tous les syndromes jusqu'ici passés en revue intéressent, dans leurs manifestations objectives, la musculature striée, avec participation très accessoire de la musculature lisse. Celle-ci, souvent atteinte d'ailleurs dans la tétanie, peut

être le siège de mouvements convulsifs, toniques ou cloniques, de *spasmes*, dont les manifestations doivent être rattachées, sous le titre de *syndrome spasmodique*, à l'histoire de la déséquilibration motrice.

Ces spasmes des muscles lisses sont différents des convulsions, cloniques ou toniques, des muscles striés, secondaires à une irritation de l'arc réflexe, localisées à un territoire anatomique défini, et que Brissaud a, sous le nom de spasmes, distinguées des convulsions du tic. Le spasme des muscles lisses se manifeste, dans ses localisations viscérales, par des troubles fonctionnels, d'ordres divers, souvent rapportés à l'hystérie par les anciens auteurs, et qui relèvent, en réalité, de l'éréthisme réflexe diffus, sensitivo-moteur, qui est un des caractères majeurs du terrain favorable au développement de la constitution émotive. On sait quelle importance Laignel-Lavastine attribue aux troubles du grand sympathique dans la pathogénie de ces lissospasmes, qui représentent pour lui un des éléments des sympathoses cervicales ou thoraco-abdominales.

On connaît les étroites affinités étiologiques et cliniques de l'émotion avec ces spasmes viscèraux (pharyngo-œsophagisme, spasmes de l'estomac, de l'intestin, de la vessie, etc...)

Il existe une série de manifestation essentiellement révélatrices du déséquilibre moteur constitutionnel et dont les relations avec le déséquilibre psychique apparaissent plus étroites que dans les syndromes précédemment énumérés : ce sont les crampes professionnelles, le bégaiement, les tics et certaines variétés de stéréotypies.

Les *crampes fonctionnelles ou professionnelles* sont caractérisées par des désordres moteurs, faits de contractures, de secousses, de tremblements, d'arrêts, dans un groupe musculaire déterminé, à l'occasion de l'exécution d'un acte coutumier. Cette impotence spéciale, qui n'apparaît que chez des prédisposés, sujets à d'autres anomalies dégénératives, psychiques ou motrices (émotivité exagérée, obsessions, tics, bégaiement), se résume dans l'inca-

pacité, « limitée à un acte fonctionnel déterminé, de régler les contractions synergiques nécessaires à la bonne exécution de cet acte » (Meige).

Le *bégaiement* est un trouble fonctionnel du même ordre étiologique et clinique, dont les manifestations s'aggravent, s'atténuent ou disparaissent, sous les influences psychiques les plus variées et les plus personnelles. Certains vices de prononciation (zézaiement, chuintement, grasseyement, blésité, bredouillement), s'observent également comme des manifestations, plus ou moins isolées, du déséquilibre moteur constitutionnel.

Le *tic* est un syndrome psycho-moteur qui appartient à la pathologie de l'habitude, et dans lequel l'élément moteur n'apparaît pas comme morbide en lui-même, mais bien dans sa répétition inopportune, paroxystique et automatique. Dans la genèse du tic, déséquilibres psychique et moteur s'associent en un complexus où entrent des éléments obsessifs, impulsifs et convulsifs. Le *torticolis mental*, élimination faite des torticolis-spasmes, d'origine irritative, représente un tic d'*attitude*, dont la dénomination même indique clairement l'origine psychopathique. Ces notions ont été définitivement fixées, en des travaux classiques, par Brissaud, Meige et Feindel. C'est ici le lieu de rappeler que Meige, en 1903, aux Congrès de Madrid et de Bruxelles, avait signalé chez les tiqueurs les troubles latents de la contractilité musculaire, qu'il dépistait par le « phénomène de la chute des bras ». Meige fait étendre les membres supérieurs horizontalement en croix, les soutient un certain temps dans ses mains, au niveau du tiers inférieur des bras, et commande au sujet, dès qu'il les abandonnera à eux-mêmes, de les laisser retomber par leur propre poids. Cette manœuvre met, comme celle du bras mort, en évidence, par l'absence de détente, la paratonie du tiqueur.

De même nature que les tics, apparaissent les *stéréotypies* des attitudes, des mouvements et du langage, qui consistent dans la reproduction fréquente et automatique, mais en dehors de tout délire, des mêmes clichés moteurs. Les

stéréotypies non délirantes doivent être distinguées de celles que l'on observe chez les aliénés et dont la répétition, intentionnelle et logique, est motivée par une idée morbide. Ces stéréotypies délirantes peuvent elles-mêmes devenir peu à peu automatiques et survivre au délire qui les a provoquées.

Au cours des psychoses peut apparaître un grand nombre de troubles moteurs, qui révèlent les affinités les plus étroites entre les désordres de la pensée et ceux du mouvement. Ces affinités avaient inspiré à Joffroy, dans son enseignement, le mot de *myopsychies*, par lequel il exprimait la loi d'association des troubles psychiques et des troubles moteurs. Ce sont ces troubles moteurs dont Kahlbaum a eu le mérite, il y a cinquante ans, de montrer toute l'importance, et dont Wernicke a tenté la synthèse, dans les variétés akinétique, parakinétique et hyperkinétique de ses psychoses de la motilité.

Ces troubles moteurs, dont Lagriffe a, dans son rapport au Congrès du Puy (1913), exposé la synthèse et l'étude expérimentale, sont, dans leur étiologie, soit liés aux idées délirantes, soit, au contraire, indépendants d'elles. Dans ce dernier cas, ils apparaissent comme des manifestations primitives, ou tout au moins autonomes, de la pathologie psycho-motrice. Ces désordres psycho-moteurs s'observent principalement chez les jeunes sujets et dans les états psychopathiques, le plus souvent hallucinatoires, à tendance chronique et démentielle. Ils caractérisent surtout le syndrome catatonique, dans lequel ils n'ont point la signification fatale que certains auteurs leur ont prêtée au début de la doctrine de la démence précoce. Parmi les troubles moteurs que présentent ces aliénés, les uns, liés à la psychose, apparaissent en même temps que les troubles mentaux et disparaissent avec eux ; les autres préexistaient au délire, et, associés à une débilité ou à une déséquilibration mentales plus ou moins manifestes, avaient la valeur de véritables stigmates d'un déséquilibre moteur constitutionnel. Dans l'histoire de la démence précoce, un certain nombre de troubles moteurs, de nature congénitale,

constatés avant l'éclosion des troubles psychiques, et simplement exagérés par l'affection intercurrente, ont été ainsi mis indûment au dossier de la maladie mentale. L'ensemble de ces troubles moteurs est connu, en sémiologie psychiâtrique, sous le nom de *catatonie*, syndrome sous lequel Kraepelin, élargissant la conception primitive de Kahlbaum, a réuni la catalepsie, la suggestibilité, le négativisme, les stéréotypies et le maniérisme. Parmi ces désordres moteurs, un certain nombre s'observe couramment, en dehors de toute psychose, chez des débiles et des déséquilibrés, à la personne desquelles il imprime une silhouette, une allure et une mimique dont l'étrangeté s'impose tout d'abord à l'observation. Ces troubles, expression motrice de la dégénérescence mentale du sujet, sont le maniérisme avec ses poses insolites, prétentieuses, contournées, parfois théâtrales ; la suggestibilité motrice, avec conservation cataleptique des attitudes communiquées, la passivité et la plasticité psychomotrices ; les troubles du langage, avec ses bizarreries d'intonation, d'inflexion, de syntaxe, de rythme, de timbre, etc... ; les anomalies des gestes avec leur exagération, leur monotonie, leur discordance, leur emphase : les singularités d'expression du visage, les grimaces, les contorsions et tiraillements, les secousses spasmodiques, les trémulations fibrillaires, etc. Ces différents désordres s'allient, d'ailleurs, chez les mêmes sujets, aux tics, aux spasmes, à divers troubles de l'élocution, qui, antérieurement à toute psychose, et indépendamment de tout délire, montrent la part prépondérante du déséquilibre moteur dans la constitution anormale du sujet.

J'ai observé, avec Logre, un grand débile de dix-huit ans, dont la photographie pourrait passer, dans un traité de psychiâtrie, pour un exemple démonstratif de démence précoce à type catatonique. Or, il s'agit d'un cas de débilité mentale, avec perversions instinctives, apathie, vagabondage, etc..., et nombreux signes de débilité et de déséquilibration motrices : exaltation des réflexes tendineux, absence de réflexe plantaire, syncinésie, paratonie, nystag-

mus, tic frontal, enfin attitudes cataleptiques, par suggestibilité et plasticité motrices ; le sujet conservait très longtemps les poses les plus paradoxales sans fatigue apparente, sans variations spontanées, ni réactions d'impatience.

Ces conditions mettent bien en valeur l'importance de l'étude du déséquilibre moteur, envisagé en lui-même, dans son domaine autonome, et dans ses rapports avec le déséquilibre psychique. La notion du déséquilibre moteur constitutionnel, prêt à s'extérioriser, suivant les sujets et les occasions, en syndromes variés : tremblements, chorée, myoclonies, tétanie, épilepsie, crampes, bégaiement, tics, stéréotypies etc..., doit mettre en garde le clinicien contre sa tendance, souvent exagérée, à invoquer, dans la pathogénie, les facteurs accidentels et les lésions acquises. Le médecin ne doit pas oublier que les désordres observés peuvent n'être que l'expression de prédispositions individuelles, sensibilisées par des moments étiologiques simplement occasionnels.

Plus on étudie les troubles moteurs chez les psychopathes, plus on acquiert la conviction que les étroites relations qui unissent les anomalies psychiques et les anomalies motrices sont l'expression d'une solidarité originelle et profonde entre le mouvement et la pensée. Cette notion, introduite dans la psychologie contemporaine, surtout par Ribot, qui a bien montré la prépondérance de l'élément moteur dans tous les processus psychiques, est confirmée par la clinique psychiâtrique. L'observation des malades met souvent en évidence les correspondances mentales et motrices. Il existe, entre les deux domaines, un parallélisme si frappant que, dans certains cas, les troubles intellectuels peuvent s'exprimer dans un langage emprunté à la description de la pathologie motrice, et qu'on peut réciproquement traduire, en termes psychologiques, les troubles de la motilité.

La motilité elle-même, qui précède, dans l'espèce et l'individu, l'apparition de l'intelligence, se manifeste par des réactions, qui, en dehors de toute idéation, revêtent des caractères analogues à ceux que comportent les processus

intellectuels : la mémoire, l'imagination, l'initiative et la persévérance, les associations complexes et les adaptations précises : qualités qui s'exercent dans un automatisme inconscient, susceptible de transmission héréditaire, et dont on peut reconnaître, chez les différents sujets, toutes les variations normales et pathologiques.

L'activité psychique, qui se présente à l'examen médical sous tant de faces différentes, et qui a été si minutieusement étudiée dans les fonctions supérieures de la sensibilité et de l'intelligence, doit donc être observée dans les manifestations de sa vie motrice. Celle-ci, a, pour le médecin, le double intérêt d'être le seul moyen, pour l'individu, de traduire au dehors ses sentiments et ses idées, et de constituer, par elle-même, un élément primordial et objectivement saisissable de la personnalité.

Les considérations que nous venons de résumer sur la débilité et la déséquilibration motrices ne représentent qu'un appoint, très incomplet et très provisoire, à l'étude de cette psycho-pathologie de la motricité.

CHAPITRE III

PSYCHONÉVROSE ÉMOTIVE

Après avoir décrit la constitution émotive, le Professeur Dupré a étudié un ensemble de troubles qu'il a désigné sous le nom de « psychonévrose émotive ».

Dans ces états pathologiques, la constitution émotive, s'exaspérant au cours d'une recrudescence de quelques semaines ou de plusieurs mois, cesse d'être une simple disposition maladive pour constituer une affection nerveuse bien caractérisée, ayant des traits à la fois psychiques et physiques. Cette maladie autonome mérite bien, par conséquent, le nom, proposé par le Professeur Dupré, de psychonévrose émotive.

Dans une communication faite à l'Académie de Médecine, pendant les derniers mois de la guerre, le Docteur M. de Fleury signalait que, parmi le grand nombre de malades qu'il a examinés au Service Central psychiâtrique du Val de Grâce, il avait journellement l'occasion de porter le diagnostic de psychonévrose émotive chez des soldats revenant du front. Ces sujets présentaient « un état, dit l'auteur, que l'on ne peut correctement nommer ni du nom d'hystérie, ni du nom de neurasthénie, et qui est bel et bien ce syndrome émotif, à mon avis si exactement délimité, si nettement décrit, que je propose de l'appeler : Maladie de Dupré ».

Dans la séance du 11 *janvier* 1917, *à la Société de Neurologie, le Professeur Dupré, avec son élève Grimbert, présentait une série de malades dont les troubles répondaient, de façon typique, au tableau clinique de la psychonévrose émotive.*

PSYCHONEVROSE ÉMOTIVE

Observation I. — Mme E..., 55 ans, sans profession, entrée à la clinique de l'Asile Sainte-Anne le 6 octobre 1916, y fut admise à cause de la gravité et de la continuité des réactions émotives provoquées chez elle par les événements de la vie familiale et sociale.

Nous ne suivrons pas ici le récit, abondant et pittoresque, que la malade nous fait des troubles et des malaises qu'elle ressent, au cours d'une conversation qui témoigne chez elle de l'intégrité de la mémoire et de l'intelligence, de la conscience de son état morbide, en même temps que de l'instabilité de son humeur et de l'exaltation pénible de sa sensibilité. Rapportant quelques propos caractéristiques de la patiente, nous résumerons seulement l'essentiel du tableau clinique.

La malade se plaint de « contractures » ; elle entend par ce mot des sensations de serrement analogues à celles que produirait un corset trop étroit. « Mes nerfs se contractent, dit-elle, à la moindre émotion, ce sont les nerfs moraux, ceux-là; quand je marche trop, quand je me fatigue, ce sont les nerfs physiques. *Toute ma vie se passe à me contracter et à me décontracter*. Les malaises apparaissent rapidement comme une crise de nerfs, et s'en vont lentement. Chez moi, tout est vif et tout est long à disparaître ». La malade décrit bien, en ces quelques mots, à la fois la fréquence, la durée et l'intensité anormale des réactions sensitivo-motrices, l'éréthisme diffus de la réflectivité, et la combinaison intime, dans le domaine des souffrances de la sensibilité, de l'élément physique et de l'élément moral.

A l'examen, nous avons noté :

Instantanéité et amplitude excessive de tous les réflexes : tendineux, cutanés et pupillaires.

Hyperesthésie sensitive et sensorielle : aux bruits, aux variations de la lumière, aux contacts, aux chatouillements.

Déséquilibre des réactions vaso-motrices et sécrétoires : rougeurs subites « érythème pudique » rapide et durable des régions découvertes, dermographisme rapide, intense et persistant, sensation de chaud et de froid aux extrémités, alternatives

de sialorrhée et de sécheresse de la bouche; poussées sudorales, crises polyuriques et diarrhéiques, indépendantes du régime alimentaire et de la température.

On ne constate aucun signe d'affection organique du système nerveux ni des grands appareils. L'urine ne contient ni sucre ni albumine. Le teint, l'aspect général, l'état de la nutrition semblent indiquer une santé florissante. Cependant, on fait deux constatations objectives de la plus haute importance : on note, en effet, une tachycardie continue (110-120), exagérée par moments par l'émotion, et la pression artérielle au Riva-Rocci est de 19, et au Pachon de 25 et 28 *maxima* et de 12 1/2 et 14 minima. Les deux symptômes apparaissent isolés et ne s'accompagnent d'aucun signe ni de défaillance cardiaque, ni d'affection récente.

Dans les antécédents, pas de maladie grave. Règles à 16 ans, mariage à 24, ni grossesse ni fausse couche. Il y a trois ans, extirpation d'un fibrome, castration opératoire sans modification sensible de l'état nerveux.

Fille d'une mère qui fut d'une bonne santé toute sa vie, et d'un père « nerveux et irritable », la malade a une sœur qui serait, dit-elle, *aussi nerveuse qu'elle*, mais dont les réactions ont été tempérées par les conditions de tranquillité et de bonheur de sa vie. Mme E... déclare elle-même que l'exaspération continue de son émotivité est due à la succession de ses ennuis et de ses déceptions.

Nous rapprocherons de ce cas la relation résumée de quatre autres exemples de psychonévrose émotive, où l'état morbide paraît avoir été créé, presque de toutes pièces, sur un fonds de prédisposition antérieure peu marquée, par la sommation de chocs émotifs, répétés à de courts intervalles.

Observation II. — E..., 39 ans, soldat automobiliste d'excellente santé générale, sans antécédents psychopathiques notables. Après avoir transporté des blessés sur le front pendant neuf mois, il fut, en novembre 1915, « abasourdi », dit-il, et vraisemblablement projeté par l'explosion de deux obus. Le lendemain deux explosions successives, à quelque distance, provoquent chez lui une très vive frayeur. « De ce jour-là, dit-il, j'ai eu les jambes coupées ». Evacué, il ressent, depuis, une peur maladive des obus; il « ne tient plus debout »; il est devenu incapable de conduire une auto sans faute de direction et sans menace d'accident.

Actuellement, E..., déprimé, tremblant, parle à voix entrecoupée, soupire, pleure, sanglote, se prend la tête dans les mains. On constate chez lui tous les signes physiques de l'émotivité et notamment une tachycardie continue qui varie entre 80 et 170.

Observation III. — Mme H..., blanchisseuse, 50 ans, habitant Asnières, eut, en mars 1915, une peur, d'ailleurs modérée, de la chute d'une bombe de zeppelin qui, en face de son domicile, fit d'importants dégâts et blessa deux enfants sous ses yeux. Dix mois plus tard, en janvier 1916, une simple alerte de clairon annonçant l'approche possible des dirigeables ennemis lui fit une telle peur, qu'elle s'enfuit, à côté de chez elle, au domicile de ses beaux-parents, entra dans un sommeil qui dura trente-six heures, et dont elle se réveilla avec une amnésie partielle et une grande faiblesse générale. « Sensibilisée » à nouveau par la mort de son frère tué à l'ennemi en avril 1916, elle eut plusieurs crises émotives avec agitation anxieuse et réactions désordonnées qui nécessitèrent l'internement d'office.

Nous l'avons observée, à la clinique Sainte-Anne, pendant plusieurs semaines, dans un état de confusion délirante et hallucinatoire, qui ne tarda pas à s'améliorer et à guérir, en laissant à sa suite une amnésie lacunaire rétrograde de la période confusionnelle.

Observation IV. — Une commerçante de Château-Thierry éprouve, en septembre 1914, une émotion, d'ailleurs médiocre, à l'occasion de l'occupation allemande; plus tard, une émotion beaucoup plus intense provoquée par le seul passage d'un zeppelin; enfin quelque temps après, le simple bruit de la chute d'un objet dans sa maison la bouleverse violemment et marque le point de départ chez elle de troubles délirants avec anxiété, vagues idées de persécution, fugue et désordre des actes, nécessitant l'internement.

Observation V. — Une garde-barrière de Landivisiau, âgée de 52 ans, grande, robuste et d'une santé générale excellente, est le témoin, le 18 mai 1916, au poste où elle est attachée, d'un grave accident, où sa responsabilité professionnelle n'était d'ailleurs pas engagée : rencontre d'un train et d'une automobile, mort du chauffeur, blessures de deux voyageurs, etc... Emotion brusque et intense : la malade crie, sursaute, court éperdument, perd connaissance, se débat, etc... Pendant trois jours, alternatives d'anxiété, de calme, de sanglots, de défaillances, impossibilité de manger et de dormir. Amélioration progressive les semaines suivantes, avec persistance d'un état émotif et psychoneurasthénique continu : phobie des trains, des voitures, palpitations, tremblements, insomnie, œsophagisme spasmodique par intervalles, aérophagie, tachycardie à 90. Reprise du travail trois mois après l'accident : mais, à cause de la persistance de l'état d'émotivité, nécessité d'une mise à la retraite, en février 1917.

Dans les antécédents, ablation, par laparotomie médiane, d'un double kyste ovarique, en avril 1913. Ménopause opératoire sans accidents. Grande amélioration de la santé à la suite de l'intervention.

Celle-ci avait été précédée, pendant quelques semaines, de

fatigue, d'abattement, d'insomnie, de dépression morale : symptômes qui disparurent après l'opération.

Après la guérison, éventration de petite dimension, bien contenue par un petit bandage simple. Mais, trois ans après, à la suite de l'émotion et de ses manifestations expressives violentes (vociférations, sursauts, course, contorsions, etc...), l'éventration s'agrandit et nécessite le port d'une ceinture hypogastrique pour contenir l'intestin ,qui sort à travers une ouverture de 10 centimètres sur 4 centimètres.

Fait intéressant : l'émotivité, surtout lors de ses paroxysmes phobiques ou anxieux, localise sur l'épigastre et l'abdomen le maximum de ses manifestations de gêne et d'angoisse; sensations de serrement, de contractions, de brûlures, avec spasmes, aérophagie, perception d'une boule qui remonte et menace d'étouffer la malade. Celle-ci ne cesse alors de porter ses mains à la région ombilicale et épigastrique, en y accusant toutes sortes de malaises.

Intégrité de la mémoire, de l'intelligence, de l'affectivité : conscience de l'état morbide et de ses causes. Pas d'affection organiques des centres nerveux ni des autres appareils.

Ces cinq observations de psychonévrose émotive mettent en évidence la nature tantôt constitutionnelle, tantôt acquise, de l'émotivité morbide. Elles éclairent l'importance du rôle joué, dans l'aggravation des tendances émotives constitutionnelles, par la répétition des chocs moraux ; ceux-ci sensibilisent, par une sorte d'anaphylaxie progressive, le système nerveux, et multiplient le coefficient d'émotivité antérieure du sujet. Enfin, les cas II et V démontrent qu'un état permanent ou du moins très durable, chronique, d'émotivité morbide, peut être créé de toutes pièces, sur un terrain psychique auparavant normal, par un choc violent ou une série de chocs rapidement répétés, réalisant ainsi une émotivité acquise, comparable, dans ses expressions cliniques, à l'émotivité constitutionnelle.

A l'appui de ces cas de sensibilité progressive du système nerveux à l'émotion par la répétition des chocs étiologiques, doivent être cités les cas inverses d'accoutumance progressive à l'émotion dans les mêmes conditions apparentes, qui semblent ainsi provoquer, vis-à-vis des émotions ultérieures, tantôt l'anaphylaxie et la faillite, tantôt la vaccination et l'immunité du système nerveux.

Enfin, une des manifestations de l'émotivité morbide les

plus importantes, par son objectivité, sa durée et le mystère de son mécanisme pathogénique, est la tachycardie continue, indépendante de toute autre manifestation cardiopathologique.

L'observation de ces faits, que la guerre de 1914-1918 a multipliés sous toutes leurs formes, autorise leur groupement sous un vocable particulier et justifie l'importance qu'on doit attribuer, dans le cadre des états psychonévropathiques, à la *psychonévrose émotive.*

CHAPITRE IV

LES CÉNESTOPATHIES

Des troubles de l'émotivité on peut rapprocher les troubles de la sensibilité interne. Là encore Dupré a fait œuvre originale et abouti à des conceptions nouvelles que confirme l'expérience médicale journalière.

Sous le nom de Cénestopathies, *Dupré a décrit un déséquilibre particulier de la cénesthésie, c'est-à-dire de la sensibilité commune, ou interne. Le cénestopathe est atteint d'un trouble spécial, essentiel, isolé, pur de tout accompagnement délirant, et relevant, non de la sensibilité à la douleur, mais de cette « sensibilité commune » qui nous renseigne, de façon vague et continue, sur la vie interne de nos organes, sur leurs modifications intimes de structure et d'activité. Le malade éprouve, dans certaines régions (céphalique, cervicale, thoracique, etc), une impression étrange (tension, pesanteur, gonflement, oblitération, évidement, etc.), impression gênante plutôt que douloureuse, à la fois sourde et diffuse, sans trajets ni points hyperesthésiques : trouble sensitif bien distinct, par conséquent, de la névralgie, douleur localisée dont le trajet coïncide avec celui d'un nerf. Le malade s'inquiète de cette sensation agaçante et mystérieuse, difficile à exprimer, sorte d'hallucination de la sensibilité interne; et ce malaise, pour ne répondre à aucune lésion saisissable, n'en persiste pas moins indéfiniment, avec pronostic ordinaire de ténacité désespérante, sur lequel insistait Dupré.*

LES CÉNESTOPATHIES

Dans mes conférences de Polyclinique psychiâtrique de l'Infirmerie spéciale (1), puis, en août 1907, au Congrès de Genève-Lausanne, avec Paul Camus, j'ai proposé de désigner sous le terme de *Cénestopathies* certains troubles de la sensibilité commune qui, par leur spécificité clinique, leur intensité, leur persistance et leur évolution souvent dégagée de tout autre symptôme, apparaissent, dans la pathologie de la sensibilité subjective, comme un syndrome spécial, digne d'être proposé, dans une description particulière, à l'attention des praticiens.

Paul Camus et moi avons rapporté plusieurs observations de ce syndrome, avec les commentaires qu'elles nous ont suggérés, dans notre travail commun sur les cénestopathies (2).

Dans ces dernières années, d'autres cas semblables ont été publiés à la Société de Psychiâtrie, par Blondel et P. Camus (3), par l'un de nous avec Mme Long-Landry (4), par M. Camus (5), M. Maillard (6), reprenant, dans son inté-

(1) Dupré. Les Psychoses hallucinatoires chroniques. *Bulletin médical*, avril 1907.

(2) Dupré et P. Camus. Les Cénestopathies. *Encéphale*, décembre 1907.

(3) Ch. Blondel et F. Camus. Cénestopathie encéphalique. *Société de Psychiâtrie*, 27 mai 1909.

(4) Dupré et Long-Landry. Cénestopathies. *Société de Psychiâtrie*, 17 mars 1907.

(5) P. Camus. Cénestopathie et Psychose périodique. *Société de Psychiâtrie*, 19 décembre 1912.

(6) G. Maillard. Les différentes espèces de douleurs psychopathiques. *Congrès des Aliénistes*, à Amiens, 1911.

ressant rapport, la question des douleurs psychopathiques, distingue celles-ci en hallucinatoires, pithiaques, paranoïaques et cénestopathiques. J'en ai moi-même observé, depuis ces publications, plusieurs cas, soit à l'hôpital, soit dans la clientèle; et je suis persuadé que le nombre des faits de ce genre se multipliera au fur et à mesure que l'on approfondira l'étude clinique de ce syndrome et qu'on apprendra à le mieux distinguer des autres troubles de la sensibilité objective.

Renvoyant pour l'étude des observations aux travaux cités, j'essaierai seulement, dans les lignes suivantes, de résumer les caractères cliniques qui spécifient le syndrome cénestopathique.

Les éléments de ce syndrome sont bien connus des aliénistes, qui les observent quotidiennement chez leurs malades. Les troubles de la cénesthésie, en effet, existent très souvent chez les aliénés et figurent comme un des éléments les plus fréquents des psychoses.

Il serait nécessaire, à cet égard, de s'entendre sur le sens du mot cénesthésie, et je rappellerai ici brièvement la définition que, à plusieurs reprises, devant la Société de Psychiâtrie (1), j'ai proposée des termes « cénesthésie » et « cénestopathie », à l'occasion de présentations de cénestopathes et des discussions engagées sur la place du syndrome en nosologie.

Cénesthésie signifie étymologiquement: ensemble des sensations communes κοίνος αισ θέσις, d'origine organique, sensorielle ou génitale. Certains auteurs désignent aussi sous le nom de cénesthésie le sentiment intime, plus ou moins obscur, de notre corps, de la tonalité générale de l'exercice de nos fonctions, résultat de la synthèse des sensations, surtout végétatives, qui émanent de la vie de l'organisme. Enfin, par une extension progressive du sens étymologique du terme, une signification plus vaste et plus abstraite, d'ordre plus moral que physique, s'est attachée au mot cénesthésie, devenu parfois presque synonyme des

(1) DUPRÉ. Cénestopathies. *Société de Psychiâtrie,* 17 novembre 1909, 19 décembre 1912.

expressions « ton affectif, humeur, dispositions sentimentales ». Ces diverses attributions du mot cénesthésie, explicables par d'excellentes raisons et notamment par les progrès de la psychologie, ont l'inconvénient d'obscurcir parfois le discours, et notamment d'apporter quelque confusion, dans le langage, entre les deux notions du « sensitif » et de l' « affectif ». Les éléments sensitifs, communs ou spécifiques, sont d'ordre représentatif et constituent les matériaux de la connaissance objective. Les éléments affectifs sont d'ordre émotionnel et constituent les états de plaisir ou de douleur du sujet qui sent, et chez lequel toute sensation s'accompagne d'une tonalité agréable ou pénible.

C'est de la synthèse des éléments primaires de la sensibilité organique que résultent le sentiment de l'existence, la conscience de l'organisme. Ce sentiment actuel, joint à la mémoire de notre passé, constitue la notion de la personnalité.

Tous ces éléments de la connaissance de notre personne peuvent être altérés séparément et présenter des troubles qui, naturellement, sont souvent associés, mais qui méritent chacun des noms spéciaux. Or, j'ai proposé, avec P. Camus d'appeler « cénestopathies » les troubles des éléments primaires de la sensibilité organique, les vibrations pénibles émanées de tel ou tel territoire cénesthésique.

Les altérations locales de la sensibilité commune, les cénestopathies, ont donc pour principaux caractères d'être simples, essentielles, irréductibles à un autre processus morbide ; d'être localisées, circonscrites à un certain territoire, et différant, par conséquent, des troubles des éléments supérieurs de la conscience organique, qui constituent les maladies du sentiment de la personnalité. Tandis que ces maladies de la personnalité semblent dues à des perturbations de l'activité psychique intéressant les zones d'association de l'écorce, les cénestopathies sont des perturbations de la sensibilité centrale des organes, semblant intéresser les territoires cérébraux de projection. Enfin, les cénestopathies ne représentent pas un trouble de l'activité instinctive, émotionnelle ou morale ; elles ne cons-

tituent pas une maladie de l'affectivité, mais seulement une altération de la tonalité normale de la sensibilité physique de certains territoires organiques.

Les autres attributs fondamentaux des cénestopathies sont : leur caractère fonctionnel, anorganique, indépendant de toute lésion locale pathogène saisissable, et enfin leur existence autonome, exempte, dans les cas purs et typiques, de toute réaction psychopathique associée. Dans beaucoup de cas, on pourra trouver, à l'examen local, une lésion qui semblera déterminer les réactions cénestopathiques; mais l'ablation de la prétendue cause ne supprimera pas l'effet : et la persistance du trouble cénesthésique local démontrera, tout au moins, la nature secondaire et le rôle accessoire de la lésion dans la pathogénie de l'affection sensitive. Dans beaucoup de cas aussi, on constatera, associées aux troubles cénestopathiques, des réactions morbides (excitation ou dépression, inquiétude, irritabilité, anxiété, neurasthénie, obsessions, préoccupations, hypocondriaques, etc.) conditionnées par les malaises sensitifs, ou combinées à eux, en vertu des aptitudes personnelles des sujets; mais ces associations morbides contingentes peuvent faire défaut et ne font pas partie intégrante du syndrome cénestopathique pur.

Dans la clinique psychiâtrique, les cénestopathies apparaissent, associées aux troubles sensoriels, affectifs et intellectuels, comme une des notes seulement du concert morbide. Elles sont toujours reliées, dans le tableau clinique, à d'autres éléments pathologiques, auxquels elles se juxtaposent ou se combinent pour constituer un système psychopathique plus ou moins riche, un délire plus ou moins systématisé. Elles sont connues, en sémiologie psychiâtrique, sous le nom de troubles de la sensibilité générale, d'hallucinations cénesthésiques et sont étudiées, dans les Traités, à la suite des illusions et des hallucinations sensorielles. Elles jouent, en effet, dans l'édification des psychoses, un rôle analogue à celui des troubles psychosensoriels. Or, si les hallucinations sont presque toujours associées aux idées délirantes, elle peuvent parfois appa-

raître isolément et persister, un temps variable et parfois fort long, en dehors de celles-ci, sans être associées à aucun délire. C'est à ce syndrome hallucinatoire pur et indépendant de toute interprétation morbide, que j'ai proposé de réserver le nom d'*hallucinose*. Les cénestopathies représentent précisément, dans le domaine sensitif général, l'équivalent des hallucinoses dans le domaine sensoriel. On doit les considérer comme des anomalies de la sensibilité commune, à localisations et à caractères variables, qui apparaissent chez les sujets atteints de déséquilibre de la sensibilité.

Or, un grand nombre de malades souffrent de troubles cénestopathiques purs, exempts de toute interprétation délirante. Ces sujets ne vont pas chez le psychiâtre chercher le soulagement de leurs malaises, mais bien chez leur médecin habituel. Et celui-ci, après avoir constaté le caractère insolite des souffrances qu'on lui décrit, adresse son client à tel ou tel spécialiste, suivant le siège des troubles sensitifs ou fonctionnels constatés. L'oto-rhino-laryngologiste, l'occuliste, le gynécologue, l'urologiste, etc., constatant l'absence de toute lésion dans l'organe ou la région dont souffre le sujet, engagent le malade à consulter le neurologiste. Celui-ci, habitué au récit de telles doléances et édifié par l'examen négatif du système nerveux, conclut le plus souvent à la nature hystérique, neurasthénique, psychasthénique, ou hypocondriaque d'un mal, dont la désignation, difficile à préciser, ne s'accommode qu'imparfaitement des termes d'algie, topoalgie, odynie, paresthésie névralgie, névralgisme (Sicard), etc. Or, d'une part, l'examen des sujets ne permet de constater chez eux, le plus souvent, aucun symptôme d'hystérie, de neurasthénie, d'hypocondrie : le syndrome se réduit ordinairement au trouble sensitif, plus ou moins localisé à une région déterminée, que les malades s'efforcent de décrire, toujours à peu près dans les mêmes termes, aux différents médecins qu'ils consultent. D'autre part, analysé en lui-même, le syndrome ne répond à aucune des déterminations proposées : d'abord il ne correspond à aucun territoire nerveux

anatomique, à aucune région fonctionnelle définie; ensuite il n'est pas caractérisé par la douleur : il ne mérite donc pas le nom d'algie ou d'algisme. Proches parentes des algies, souvent associées à elles, les cénestopathies sont plus voisines des paresthésies que des douleurs; elles apportent à la conscience du sujet non pas les vibrations lancinantes, pongitives, excruriantes, etc., qui caractérisent la douleur; mais la gêne, le trouble, l'inquiétude, le tourment, que provoque la perception consciente d'une altération organique inexplicable.

On verra, par la description résumée du syndrome, combien, en dépit de leurs variétés respectives et de leur association possible, les cénestopathies céphaliques, par exemple, diffèrent des douleurs de tête : que celles-ci relèvent de la migraine, des névralgies de la 5e paire ou du nerf d'Arnold, du névralgisme (Sicard) ou des innombrables céphalées symptomatiques. Les mêmes différences existent entre les diverses cénestopathies régionales et la rachialgie, la coccygodynie, les cardialgies, les gastralgies, les clous, les points douloureux, les topoalgies, etc. Non seulement les syndromes diffèrent par leur étiologie, leur évolution, etc., mais ils diffèrent encore et surtout par leurs caractères intrinsèques, par leur tonalité spécifique, leur timbre sensitif, pourrait-on dire.

Le nom qui conviendrait le mieux au syndrome que nous étudions ici serait celui de paresthésies, qui désigne les perversions de la sensibilité. Mais ce terme serait lui-même bien trop compréhensif. Les « cénestopathies » ne sont qu'une espèce du genre « paresthésie », qui comprend bien d'autres variétés d'altérations, objectives et subjectives, de la sensibilité, et méritent, parmi tous ces troubles, d'être individualisées au nom de caractères particuliers, qu'il suffit de résumer pour en montrer la spécificité clinique.

Les malades se plaignent, en effet, d'éprouver dans différentes parties du corps des sensations anormales, à caractère plutôt pénible et gênant que douloureux, dont la nature insolite les trouble, et dont la durée persistante les

inquiète. Il s'agit de sensations étranges, souvent indéfinissables, et décrites par les malades avec un grand luxe d'images et de comparaisons, proportionnelles, dans leur précision et leur pittoresque, au niveau intellectuel et à la richesse imaginative des sujets. Ceux-ci, d'ailleurs, sentent souvent l'imperfection de leurs récits descriptifs, inhérente à l'insuffisance du langage pour exprimer des sensations d'un ordre nouveau, inédit, personnel à chaque malade, et sans rapport avec aucune expérience antérieure. Par ce côté de leur affection, les cénestopathes sont parfois dans la même situation que beaucoup d'aliénés, qui ne trouvent dans le langage normal aucun moyen d'expression capable de traduire les anomalies de leurs sensations et de leurs sentiments, et, à plus forte raison, le sens nouveau de leurs orientations affectives et de leurs systèmes intellectuels; ces synthèses représentent, en effet, le résultat, par essence inexprimable, d'une activité psychique troublée dans la qualité originelle et dans le mode d'élaboration des éléments de la connaissance. Aussi, pour rendre compte du siège et de la nature de leurs sensations, les malades se livrent-ils à une mimique où dominent l'expression anxieuse et grimaçante du visage et la répétition d'attitudes et de gestes, destinés à combler dans leurs récits des lacunes du langage. Leurs discours, abondants et semés de comparaisons, sont intéressants à recueillir littéralement; car ils constituent les documents les plus précieux pour l'étude clinique de malaises essentiellement variés et personnels, qui changent avec chaque sujet, et qui, émanant de la sensibilité individuelle, défient vraiment, dans leur extrême polymorphisme, tout essai de synthèse descriptive et d'exposition d'ensemble.

Le siège des cénestopathies, souvent impossible à préciser dans ses limites, est presque toujours régional et intéresse, par ordre de fréquence, d'abord la tête, puis l'abdomen, ensuite le thorax, et enfin les membres. Les cénestopathies céphaliques, qu'on peut prendre comme type de description, affectent surtout le nez, les régions

fronto-nasale, orbitaire, bucco-pharyngée (1), linguale, occipito-cervicale; elles reconnaissent souvent des localisations plus vagues : intérieur du crâne, région rétro-oculaire, rétro-orbitaire, carrefour rhino-bucco-pharyngé, avec liaison d'une région à une autre par une sorte d'anastomose sympathique, de synesthésie, qui éveille, entre différents centres, des correspondances douloureuses. Certains points semblent rattachés les uns aux autres par des liens trop courts, des « nerfs », dont les tractions s'entrecroisent à travers la boîte cranienne. Les parties sont rétrécies, élargies, aplaties, gonflées, desséchées, recroquevillées, déplacées, modifiées dans leur forme, leur température, leur poids, leurs sécrétions, leur mobilité ou leur fixité, etc. Elles sont maintenues et comprimées par des crampons, des attaches, des appliques, des tenailles, etc. Des corps étrangers s'y interposent, des gaz s'y insinuent, des courants y circulent, des bouillonnements y frémissent, des craquements, des crépitations y éclatent, etc. Des engourdissements, des serrements, des tiraillements, des ballottements, des dislocations sont ressentis et longuement décrits. A ces pénibles sensations s'ajoutent d'autres malaises, de nature plus vague et que les malades désignent, faute de mots plus précis, par les termes de paralysie, de congestion, d'anémie, de mort, de pourriture, de carie, d'état de bouillie, etc., de telle ou telle région.

A ces troubles cénestopathiques peuvent s'associer d'autres syndromes, de nature sensitive ou sensorielle (véritables douleurs, algies, névralgies, prurit, bourdonnements, asthénopie accommodative, hyperesthésie cutanée ou sensorielle, etc.); de nature motrice (spasmes, crampes, tremblements, myoclonies, tics, etc), de nature vasculaire ou sécrétoire (troubles vaso-moteurs, glandulaires) ; des vertiges, des migraines, etc. Enfin, les cénestopathies proprement dites se compliquent souvent d'altération du sentiment de la personnalité et de troubles psychiques accessoires, d'ordre neurasthénique, hystérique, obsédant, etc., dont l'étude ne peut être esquissée ici.

(1) BOULAY. Les paresthésies pharyngées. *Presse Médicale*, mars 1910.

Aux cénestopathies craniennes sont souvent associés des troubles de ce que l'on appelle la cénesthésie psychique : inhibition de la pensée, dépersonnalisation, etc., qui se combinent étroitement aux perturbations de la sensibilité physique et démontrent bien, sur le terrain de la pathologie, l'identité foncière et originelle de tous les modes de l'activité nerveuse : sensitive, motrice et psychique.

Après ces considérations sur les cénestopathies céphaliques, les plus fréquentes, je ne m'attarderai pas à décrire les cénestopathies thoraciques, à siège plus ou moins diffus ou circonscrit, généralement profond, parfois osseux, avec sensations d'obstruction, de rétrécissement, de corps étrangers, de brûlure, etc. ; les cénestopathies abdominales, à prédominance gastro-intestinale ou pelvi-génitale; les cénestopathies des membres, d'observation beaucoup plus rare à l'état isolé. Les cénestopathies viscérales s'accompagnent le plus souvent de troubles fonctionnels plus ou moins marqués dans la sphère intéressée par le malaise sensitif : dyspepsies, dyspnée, toux, palpitations, dysurie, perturbations génitales, etc.

Une mention spéciale doit être réservée à l'association de certaines cénestopathies régionales à des paresthésies cutanées, à des prurits, aux troubles variés des névrodermothies, bien analysés par L. Jacquet. On retrouve alors, dans la complexité du syndrome, la richesse et l'indistinction des sensations cutanées et sous-cutanées : toucher, température, pression, action musculaire, etc.

Ainsi esquissées dans leur physionomie symptomatique générale, les cénestopathies reconnaissent encore un caractère, d'ordre évolutif, extrêmement important : c'est leur persistance et leur fixité. Elles durent des années, parfois toute la vie, souvent sans atténuation, ou avec des rémissions, des accalmies. Le Dr P. Camus, qui a revu dernièrement l'une des malades dont nous avons publié l'observation en 1907, a constaté la permanence, sous la même forme, au bout de plus de cinq ans, des troubles cénestopathiques. Chez certains sujets apparaissent des modifications dans le siège des principaux malaises, preuve indé-

niable de l'origine centrale des troubles sensitifs. Chez quelques malades, les cénestopathies évoluent par crises temporaires, intermittentes, curables, à la façon des obsessions, et relèvent, en pareil cas, de la constitution cyclothymique combinée au déséquilibre de la sensibilité. P. Camus (1) a publié le cas très intéressant d'une sexagénaire atteinte, depuis plus de trente ans, de cénestopathies diffuses très intenses, continues et de périodes alternantes d'hypomanie et de mélancolie. Au cours des crises de dépression, les troubles de la sensibilité deviennent le prétexte du redoublement de l'anxiété, de lamentations et d'ébauches d'idées délirantes d'hypocondrie et de négation. Dans les accès d'excitation, les mêmes troubles sensitifs ne réveillent plus de craintes ; la malade les décrit avec bonne humeur et avec la conviction de leur prochaine guérison.

Cette observation met bien en lumière la distinction qu'il faut faire, dans le domaine de la cénesthésie, entre l'élément sensitif et l'élément affectif, en réalité indépendants l'un de l'autre. L'un est du domaine de la sensibilité organique, et se traduit par des sensations périphériques ; l'autre est du domaine de la sensibilité morale, de l'humeur, et se traduit par des états de sentiment agréables ou pénibles, avec euphorie ou anxiété.

Plus rarement, les cénestopathies peuvent reconnaître une origine imaginative, hystérique, et céder soit spontanément, soit à la suggestion. Enfin, chez une dernière classe de malades, les cénestopathies chroniques, après avoir longtemps évolué à l'état pur, sans association vésanique, se compliquent de troubles psychiques, d'ordre dépressif et délirant. Les cénestopathes deviennent des mélancoliques, des anxieux, des hypocondriaques, des négateurs, des persécutés.

Je n'entrerai pas ici dans l'histoire des délires d'interprétation à base cénestopathique, pour laquelle je renvoie

(1) P. Camus. Cénestopathie et psychose périodique. *Société de Psychiatrie,* 19 décembre 1912.

à l'intéressante thèse de Tissot (1). Le présent article est, en effet, consacré uniquement à l'étude des cénestopathies pures, dégagées de toutes les associations morbides, de toutes les réactions secondaires et de toutes les complications tardives, qui peuvent en altérer la physionomie spécifique et en faire méconnaître l'existence autonome.

Parmi les associations morbides les plus communes des cénestopathies, il faut citer surtout les algies, sous forme de névralgies, de migraines, de myalgies, de douleurs d'habitude, etc. Les différentes formes de la douleur s'observent avec une particulière fréquence chez les cénestopathes : algies et cénestopathies sont, en effet, deux syndromes de la même famille, deux manifestations de la déséquilibration du système nerveux sensitif. L'association des troubles algiques et cénestopathiques dans la tête réalise un ensemble de troubles subjectifs de la sensibilité, que Sicard (2), sous le nom de névralgisme, a bien distingué des névralgies faciale ou occipitale vraies.

Les réactions secondaires les plus fréquentes chez les cénestopathes sont la dépression psychique, l'anxiété et les préoccupations hypocondriaques. Mais, si presque tous les hypocondriaques ont des troubles cénestopathiques, les vrais cénestopathes ne sont nullement des hypocondriaques. L'hypocondrie, en effet, qu'elle soit mineure ou majeure, est définie par des craintes exagérées ou des conceptions délirantes relatives à la santé. Or, si les cénestopathes se préoccupent beaucoup de leurs malaises, ils sont dans leur droit. Le supplice qu'ils endurent légitime leurs soucis et leurs doléances. En décrivant leurs pénibles sensations, ils ne délirent pas. Ils n'édifient pas de système pathologique sur leurs troubles sensitifs, et n'en présentent pas une explication plus absurde que les sujets normaux qui essaient d'interpréter le mécanisme de leurs souffrances. Ils ne croient pas à l'origine extranaturelle de leurs malaises : ils se bornent à les exposer et à s'en plaindre ; ils

(1) Tissot. Les délires d'interprétation à base cénestopathique. Paris 1910.

(2) Sicard. Diagnostic des névralgies faciales. Névralgisme facial, *Presse médicale*, 21 avril 1909.

en reconnaissent le caractère morbide, cherchent à les guérir ou les soulager, comprennent les raisonnements, acceptent les consolations et ne formulent pas plus d'idées délirantes que les sujets atteints de névralgies chroniques.

Les cénestopathes conservent, pour la plupart, leur activité affective et sociale : ils ne présentent ni la perpétuelle anxiété, ni l'incessante préoccupation de la santé générale, ni l'introspection continuelle, ni l'égoïsme de l'hypocondriaque. Leur inquiétude, leur agitation sont secondaires et proportionnelles à l'intensité et à la ténacité de leurs malaises.

Toutes les transitions s'observent naturellement entre les cénestopathies simples et les cénestopathies compliquées de réactions délirantes, d'idées d'hypocondrie, de zoopathie interne, de possession, de grossesse, d'influence, de persécution, de négation et d'immortalité. Il est manifeste également que certaines cénestopathies, comme beaucoup d'hallucinoses, évoluent, comme je l'ai indiqué, vers un état délirant chronique. Comme un exemple intéressant d'une réaction morbide de l'imagination à des troubles cénestopathiques anciens, je rappelle le cas que j'ai, avec Logre, rapporté au Congrès d'Amiens (1), d'une cénestopathe abdominale chronique, qui décrivait ses souffrances, attribuées par elle à des animaux et à des instruments de torture inclus dans son ventre, en un récit fantastique, et suivant un thème qui, malgré son invraisemblance s'imposait à son esprit, non comme un syndrome hallucinatoire ou délirant, mais comme un syndrome à base de représentations mentales vives : produit complexe des troubles de la sensibilité et de l'imagination, chez une cénestopathe mythomane.

Je ne crois pas utile d'ajouter, ici, à l'étude descriptive des troubles cénestopathiques et de leurs associations morbides, des considérations sur le diagnostic différentiel du syndrome.

J'ai, en effet, suffisamment insisté, dans les lignes précédentes, sur la distinction très nette qu'il convient d'éta-

(1) DUPRÉ et LOGRE. Congrès d'Amiens 1911.

blir entre les cénestopathes et les hypocondriaques. Je ne reviens pas non plus sur les différences qui séparent les cénestopathies des algies. A propos de ces dernières, d'observation fréquente chez les hystériques et les neurasthéniques, je n'exposerai pas le diagnostic différentiel de ces états psychonévropathiques. Cette étude nous entraînerait au delà des limites de notre sujet.

Je rappelle seulement que, chez les hystériques comme chez les psychoneurasthéniques, peuvent s'observer des troubles cénestopathiques, soit à titre de syndrome véritable associé, soit à titre de syndrome simulé : ainsi qu'on le constate chez certains accidentés du travail, combiné à des algies et à des impotences fonctionnelles variées. En pareil cas, les troubles de la sensibilité générale participent, dans leur caractère et leur évolution, aux lois des états pathologiques qui les conditionnent.

Le pronostic des cénestopathies, difficile à exprimer en une formule simple, dépend du terrain sur lequel elles apparaissent. Il est, en général, fâcheux, parce qu'il révèle un déséquilibre constitutionnel de la sensibilité. Ne dépendant ni d'une altération régionale ou d'une lésion organique, ni d'une affection viscérale, que puisse modifier un traitement local ou général, les cénestopathies échappent à l'action thérapeutique directe et évoluent, à travers toutes les tentatives de suggestion, de médication, de physiothérapie, etc., tout au long de l'existence des malades, avec des alternatives, souvent spontanées, d'exacerbation et de rémission, comme une anomalie persistante de la sensibilité organique. Il convient naturellement de réserver, dans le pronostic général des cénestopathies, la part la plus considérable aux réactions et aux associations morbides (constitutions émotive, cyclothymique, paranoïaque, etc.) et les diverses variétés de délires chroniques à caractère systématisé ou à évolution démentielle. En elles-mêmes, d'ailleurs, les cénestopathies graves et intenses peuvent, sans l'intervention d'aucun délire, provoquer, de la part des sujets qui en souffrent, des anomalies du caractère, de l'humeur, de la conduite, des désor-

dres de l'activité, qui troublent profondément toutes les conditions de l'existence.

La thérapeutique des cénestopathies est extrêmement pauvre et ingrate. Aggravées par l'isolement, qui n'a d'autre effet que d'exalter la sensibilité du malade vis-à-vis de sa souffrance, rebelles à la médication anesthésique et calmante, les cénestopathies ne peuvent guère s'amender que par l'hygiène, l'hydrothérapie chaude, la distraction et les quelques pratiques d'ordre psychothérapique, qui pourront temporairement réussir chez les sujets suggestibles. Dans certains cas, peut exister une indication locale, d'ordre opératoire, dont Picqué a bien montré, dans une série d'instructives observations, l'intérêt théorique et pratique. Mais, dans l'immense majorité des cas, les cénestopathies ne bénéficient pas de l'intervention chirurgicale ; le trouble sensitif, d'origine centrale, n'est pas modifié par les thérapeutiques périphériques.

Je n'étudie pas ici les indications de traitement fournies par les notions de la constitution somatique et psychique des malades, des associations neuropsychopathiques, des réactions secondaires, etc. Ces indications, dont la revue dépasserait les limites de cet article, ne peuvent d'ailleurs être complètement saisies que par un médecin qui ait assez de culture psychiâtrique pour reconnaître, dans les doléances et les attitudes des cénestopathes, une partie de la sémiologie qui lui est familière, et pour discerner, chez ces malades, dans leur véritable signification diagnostique et pronostique, les troubles psychiques associés aux cénestopathies.

En résumé, les cénestopathies, expression clinique d'une anomalie constitutionnelle de la sensibilité physique, reconnaissent, dans leur pronostic et leur traitement, comme dans leur étiologie et leurs caractères cliniques, les lois générales du déséquilibre permanent de tel ou tel domaine du système nerveux. Elles méritent, pour toutes ces raisons, d'être soigneusement distinguées des autres troubles, douloureux ou paresthésiques, de la sensibilité, et d'être individualisées sous un vocable qui désigne au médecin un syndrome si particulier et si intéressant à connaître.

CHAPITRE V

LA FOLIE DU ROI CHARLES VI

LA FOLIE DU ROI CHARLES VI

Comme illustrations de la Pathologie émotive, on peut citer, dans l'œuvre de Dupré deux travaux historiques, concernant deux déséquilibrés de l'émotivité, atteints de psychose intermittente *: le roi Charles VI et Hugo Van Der Goes.*

Histoire et Psychiâtrie

Par l'importance historique de ses conséquences, par l'intérêt médical de ses symptômes et de son évolution, et surtout par l'abondance et la qualité des documents qu'elle apporte à la critique scientifique du témoignage, la folie de Charles VI fournit à la Médecine de l'Histoire comme à l'Histoire de la Médecine un sujet d'études privilégié.

A l'historien, en effet, la maladie de Charles VI offre ce spectacle dramatique : la France, « frappée au chief », selon le mot de Froissart, dans la personne de son Roi, affolée, incapable de défendre sa liberté et ses biens, et destinée à subir, après trente années de discorde civile et de guerre étrangère, la tutelle d'un roi d'Angleterre. « Pour entrer dans Paris, a dit Michelet, les Anglais ont pris le chemin de la forêt du Mans. »

Au médecin, la folie de Charles VI permet de suivre et d'étudier, pendant la plus grande partie du règne le plus long de la guerre de Cent Ans, un cas d'aliénation mentale, qui, par sa symptomatologie complexe et surtout

son évolution intermittente, déconcerta les médecins les plus habiles ; « Folie moult estrange et incompréhensible, dit Juvénal des Ursins, et qui fut grande merveille au royaume de France. »

Enfin, un tel sujet, grâce à l'intérêt politique exceptionnel qu'il comporte, assure à la critique du témoignage les ressources d'une documentation particulièrement abondante et féconde. A cette époque, où seule encore existait l'Histoire politique, le clinicien, pour reconstituer les symptômes de la folie de Charles VI, trouve à sa disposition tous les documents de l'histoire d'un règne et d'une dynastie. Non seulement une ample collection de textes contemporains relate, jusque dans ses moindres détails, la vie publique et privée de Charles VI, mais l'illustration même de la Maison Royale a préservé contre l'oubli le plus obscur de ses ascendants et le plus éloigné de ses collatéraux. La glorieuse continuité des dynasties, ces « plantes vivaces », comme les appelle Burke, par opposition aux familles des particuliers, « plantes annuelles qui naissent et meurent dans la même saison », donne à l'historien de Charles VI l'occasion, unique en biologie, de poursuivre une hérédité morbide à travers dix-huit générations et pendant plus de six cents ans. Et, malgré les réserves qu'il convient toujours de formuler en matière d'hérédité paternelle, les renseignements recueillis paraissent ici suffisamment probants, au moins dans leur ensemble, pour qu'on puisse leur accorder une certaine confiance. Cette documentation si vaste présente, en outre, sur bien des points, et toujours en vertu de son caractère politique, une autorité de premier ordre. Il semblerait *a priori* que, dans cette étude, l'historien de la médecine dût rencontrer deux auxiliaires naturels ; les médecins et les historiens ; en réalité, ces alliés le trahissent souvent. Le médecin du moyen âge est plus curieux de théories que de faits et s'applique uniquement à définir la maladie par ses causes hypothétiques, non par ses caractères cliniques, directement saisissables. Quant aux relations des chroniqueurs, si, comme l'a dit Petit de Julleville, « elles sédui-

sent délicieusement le lecteur par leur sincérité, leur spontanéité, leur fraîcheur, et ce je ne sais quoi de candide et de naïf qui fait songer au récit d'un enfant », elles n'en sont que plus suspectes ; ces documents réclament l'application d'une critique du témoignage très rigoureuse, au même titre précisément que les affirmations des enfants, presque toujours entachées de cette tendance à l'altération des faits, au mensonge et à la fabulation, que j'ai étudiée sous le nom de « Mythomanie ». Mais, à côté de ces sources narratives, si incertaines, il en est d'autres, qui, leur authenticité une fois vérifiée, représentent, pour le savant moderne, la matière première de l'histoire : ce sont les sources administratives et diplomatiques, d'ordre officiel et dynastique, lettres, comptes, inventaires, en un mot, les archives royales. Pour le clinicien, les sommes portées chaque jour au livre des dépenses de Charles VI (réparations d'objets, soins de toilette et d'hygiène, mesures de protection, etc...) constituent le réactif le plus sensible et le plus sûr de la folie du Roi.

C'est grâce à la confrontation et à l'analyse de tels documents, grâce à la critique sévère du témoignage, que l'histoire peut devenir, selon le vœu de Renan, non plus seulement, comme il la définissait en sceptique : « une des manières dont les choses ont pu être », mais une science positive et « une vue immédiate » des faits ; et c'est en appliquant la même méthode de critique rigoureuse, que la médecine peut, elle aussi, dans ses recherches historiques, se proposer d'évoquer la vision directe des phénomènes morbides, et, se reportant pour ainsi dire au lit même du malade, tenter de reconstituer, dans une certaine mesure, la clinique du Passé. Dans cette œuvre de pathologie historique, où le savant constate les symptômes et discute les diagnostics, on conçoit que la Médecine de l'histoire et l'Histoire de la médecine, qui étudient, toutes deux dans le passé, l'une les malades, et l'autre les doctrines, se prêtent, par une collaboration naturelle, les renseignements les plus précieux et les ressources les plus fécondes.

Mais un tel essai de clinique rétrospective est chose difficile. Pour le mener à bien. il faudrait, dit A. Brachet, « réunir l'érudition du chartiste, le tact du psychologue et l'expérience du médecin ».

En réalité, ma tâche sera plus simple : et je n'aurais pas osé l'entreprendre si, à la suite de nombreux auteurs, tels que Audry, Chéreau, Brachet, Bird, etc., je n'avais pu, de l'examen des mêmes documents et de la critique des mêmes témoignages, tirer des conclusions soit différentes, soit plus étendues et plus précises, et aboutir à un diagnostic de la maladie de Charles VI en accord avec les données de la psychiâtrie contemporaine.

L'hérédité de Charles VI

A. Brachet, dans son livre sur la pathologie des Rois de France, a longuement étudié l'hérédité de Charles VI. Abordant cette recherche avec un esprit de critique scientifique rigoureuse, il a posé en principe que la notion de la famille est fondée « sur la croyance à la paternité, c'est-à-dire, sur un acte de foi », et il a choisi comme épigraphe à ses travaux sur l'hérédité paternelle de Charles VI, ces sages paroles de Télémaque, dans l'*Odyssée* : « Etranger, tu me demandes quel est mon père ; je te répondrai sans détour ; ma mère m'a dit que j'étais le fils d'Ulysse ; pour moi, je n'en sais rien : car nul ne connaît son père. »

Je me contenterai de résumer ici l'enquête si documentée et si sérieuse d'A. Brachet.

I. — *Anamnèse maternelle directe. Mère :* Jeanne de Bourbon (1338-1378). En 1373, à l'âge de 35 ans, elle fut atteinte d'un accès d'aliénation mentale, qui dura plusieurs mois. « Elle perdit son bon sens et son bon mémoire. » (Chronique des quatre premiers Valois). Elle mourut à quarante ans, d'infection puerpérale.

Grand-père maternel : Pierre de Bourbon (1311-1356). Pas de renseignements médicaux.

Arrière-grand-père maternel : Louis de Bourbon (1279-1341) dit le Boiteux. Fut « impotent de gouttes ». (Olivier de la Marche). Mourut d'apoplexie cérébrale.

Trisaïeul maternel : Robert de Clermont (1256-1302). En 1279, à vingt-trois ans, fut atteint d'aliénation mentale consécutive à un traumatisme cranien : coup de masse d'armes sur la tête. Tombe alors *in amentiam perpetuam* (Guillaume de Nangis) et meurt vingt-trois ans plus tard.

Trisaïeule maternelle : Béatrice de Bourbon, sur le compte de laquelle on ne sait rien de précis, mais qui était petite-fille du duc de Bourgogne Hugues IV, faible d'esprit, et arrière-petite-fille de Huges III, mort *mente alienatus*, au cours d'une affection fébrile.

II. — *Anamnèse maternelle collatérale.* L'oncle maternel de Charles VI, le duc Louis II de Bourbon (1337-1410), débauché, prodigue et jovial. mourut mélancolique, au grand étonnement de ses contemporains : « Il print une grande mélancolie en sa teste, car oncques puis n'eut guère de joie, tant qu'il en perdit le dormir. »

III. — *Anamnèse paternelle. Père :* Charles V, dit le Sage, Roi de France (1337-1380). De 1357 à 1361, fistule au bras gauche, consécutive à une infection aiguë ; pour Brachet, ostéopériostite typhique (?) De 1364 à 1363, seconde maladie : impotence relative des membres supérieurs et inférieurs, mains froides et enflées, pâleur et maigreur cachectique ; pour Brachet, goutte et cachexie goutteuse (??). Mort en 1380, après quelques jours d'une agonie très douloureuse, avec orthopnée, angoisse, loquacité ; pour Brachet, angine de poitrine, consécutive à une lésion aortique d'origine goutteuse (???).

Grand-père : Jean le Bon (1319-1364). Fut atteint, en juin 1355, de « séphire », affection aiguë, caractérisée par la présence de nodosités sur les membres, avec érythème, et curable après une évolution de deux ou trois septénaires : identifiée par Brachet à l'érythème noueux des rhumatisants.

Sans remonter plus haut dans le détail de l'hérédité paternelle et maternelle de Charles VI, j'insisterai cependant sur l'importance et la multiplicité des mariages consanguins dans la famille royale. Charles VI descend, en effet de deux frères, Saint Louis et Charles d'Anjou, qui

se sont mariés à deux sœurs, Marguerite de Provence et Béatrix de Provence ; et, à partir de cette date jusqu'à la naissance de Charles VI, c'est-à-dire pendant plus de deux siècles, aucun des mariages royaux ne s'est exercé hors de cette famille de Saint Louis. Il y a là un remarquable exemple d'une accumulation d'hérédité morbide par consanguinité.

Raisonnant sur ces données, A. Brachet a résumé l'hérédité pathologique de Charles VI dans les trois formules suivantes :

Lignée maternelle vésanique.

Lignée paternelle arthritique.

Consanguinité univoque.

Dans la démonstration précise d'une notion aussi vague en elle-même que l'arthritisme et aussi insuffisamment établie par les documents historiques, je me garderai bien d'être aussi affirmatif qu'A. Brachet sur la tare arthritique de l'hérédité paternelle.

Les antécédents personnels du Roi

Tous les contemporains, peut-être avec un peu de complaisance, s'accordent à vanter les avantages physiques du Roi. Voici comment le Religieux de Saint-Denis décrit Charles VI. à l'âge de l'adolescence : « Sa taille, sans être trop grande, surpassait la moyenne : il avait des membres robustes, une large poitrine, un teint clair, les yeux vifs, son nez n'était ni trop long ni trop court... Il était fort adroit à tirer de l'arc et à lancer le javelot. Il montrait, de l'aveu de tous, une rare habileté dans les exercices militaires. »

Par son esprit et son caractère, Charles VI le Bien-Aimé exerça tout d'abord sur son peuple la même séduction que par ses qualités physiques. « Mais, dit Michelet, cette époque frivole et turbulente ne pouvait guère être charmée que par des défauts. » Généreux à l'excès, crédule sans discernement, coléreux, entêté, romanesque, le Roi conserva toujours dans son état mental quelque chose

d'enfantin. Espiègle et futile, il aimait à revêtir, à la grande indignation du Religieux de Saint-Denis, les déguisements les plus variés et parfois les moins conformes à la dignité royale. Mais Charles VI se montrait surtout incapable de contenir ses passions et de se gouverner lui-même. Il s'adonnait sans contrainte aux pires excès : « Ses appétits charnels, dit le Religieux, ne permettaient pas de douter qu'il n'eût hérité de la malédiction qui avait frappé le premier homme et sa race perverse .» Michelet parle du « lourd tribut » qu'il leva sur les filles du royaume. Sa prodigalité n'avait pas de bornes. « Où son père eût donné cent écus, il en donnait mille ». On disait qu'il ne gardait rien pour lui « que le pouvoir de donner ». Fantasque et agité, curieux de voyages et impatient de batailles, il transforma l'histoire en une sorte de parade magnifique et vaine. Costumes brillants, grandes chevauchées, campagne de Flandre et promenade dans le Midi, entrées triomphales dans les villes prises, somptueuses réceptions dans les villes amies et partout « haute liesse et forte ripaille » : telle est la vie de luxe insensé et de débauche souvent crapuleuse que Charles VI mena pendant les six premières années de son règne, et dont Froissart, « ce grand peintre flamand », comme on l'a dit, nous a laissé, presque au jour le jour, la relation naïve et imagée. Charles VI était encore un émotif, capricieux, instable, sujet, dans le plaisir comme dans la tristesse et dans l'amour comme dans la haine, à des revirements d'humeur en apparence inexplicables. « Il témoignait, dit le Religieux, une impatiente ardeur toutes les fois que des ennemis le provoquaient par leurs attaques. Il n'était pas naturellement enclin à la colère, et ce n'était pas sans de graves motifs qu'il se laissait aller à des injures... Il n'oubliait jamais les services ou les offenses qu'il avait reçus. »

Quant au degré de son intelligence, il semble avoir été médiocre. A seize ans, le Roi, en retard dans son instruction, en est encore à copier « des exemples ». Les historiens les plus bienveillants, les plus officiels, comme Juvénal des Ursins, le louent d'avoir été « bon, pieux, bénin à

son peuple, et grand aumônier » ; nulle part ils ne font l'éloge de son intelligence.

En résumé, par son état d'esprit naïf, romanesque, enfantin, et surtout par l'inégalité de son humeur, et l'absence de domination sur ses passions, Charles VI nous apparaît, avant sa maladie, comme un sujet d'intelligence débile et surtout comme un déséquilibré de l'émotivité et de la volonté.

La maladie du Roi (1392-1422)

En fin mars 1392, le Roi, alors âgé de vingt-quatre ans, fut atteint d'une affection que Froissart a brièvement notée dans ses Chroniques : « Après que le Parlement eut esté à Amiens, le roy de France eschey par incidence et par luy mal garder en fièvre et chaude maladie, dont lui fut conseillé à muer ayr... Environ l'Ascension retourna le roy de France à Paris, en bon point et bon estat. » Le Flamand Jean de Brandon écrit, sur le même sujet : *Post hæc... dominus Philippus de Bar et multi alii infirmati sunt, famaque fuit hiis Anglicos occasionem dedisse. Unde... Philippus de Bar post paucos dies defunctus est. Rex et ceteri medicorum ope relevati sunt.* »

Monstrelet, de son côté, fait allusion à cette maladie du Roi, qui fut « tant angoisseuse qu'il en perdit les ongles et les cheveux pour la greigneur partie.»

La convalescence fut longue et traînante. « Depuis que il se partit d'Amiens », observent les médecins, dans Froissart, « il ne fut en si bon état comme il était en devant. » « Il avait, dit aussi Juvénal des Ursins, aucune altération et diversité de langage non bien entretainant. »

Quelques mois seulement après cette première atteinte, Charles VI, excité par un sentiment de violente colère, entreprit une expédition pour se venger du duc de Bretagne, qui refusait de lui livrer Pierre de Craon, auteur d'une tentative d'assassinat contre le connétable Olivier de Clisson. Du 1er au 5 août, dès le début de cette chevauchée, le Roi, dit le Religieux, avait commencé à donner des

signes d'altération mentale « par des propos insensés et des gestes indignes de la Majesté royale ». Il fut obligé de se reposer plusieurs jours au Mans. « Il mangeoit petitement, raconte Froissart, à peine comme rien, et ne faisoit que penser et busier... Mais il s'en alloit de si grand voulenté que il disoit qu'il estoit en asse meilleur point qu'il ne fust. Et pour la grant affection qu'il avoit d'aller en Bretagne, il disoit : « Qui me conseille le contraire, il ne me conseille pas à ma plaisance, et si ne m'ayme pas bien. »

Le 5 août 1392 survint l'épisode classique de la forêt du Mans.

Le Religieux de Saint-Denis qui, à ce moment, « était au camp », raconte la scène en ces termes :

« Le 5 du mois, malgré les représentations de ses oncles et de ses parents..., le Roi sortit de la ville, armé de pied en cap à la tête de ses troupes. Mais à peine était-il arrivé jusqu'à la léproserie, qu'un misérable, couvert de haillons, vint à sa rencontre et lui causa une vive frayeur. Malgré les efforts qu'on fit pour éloigner cet homme par les menaces et la terreur, il suivit le Roi pendant près d'une demi-heure, en criant d'une voix terrible : « Ne va pas plus loin, noble Roi, car on te trahit ! » L'imagination du Roi, déjà troublée, lui fit ajouter foi à ces paroles et un nouvel incident acheva d'égarer ses esprits. Un des hommes d'armes qui chevauchaient à ses côtés, se trouvant trop pressé dans la foule, laissa tomber à terre son épée. Au bruit du fer, le Roi fut saisi tout à coup d'un accès de fureur; dans son égarement, il tira son épée du fourreau et tua cet homme. En même temps il donna de l'éperon à son cheval et, près d'une heure entière, il fut emporté de côté et d'autre avec une extrême rapidité, en criant : « On veut me livrer à mes ennemis ! » et en frappant ses amis aussi bien que les premiers venus. Tout le monde fuyait devant lui comme devant la foudre. Pendant cet accès de fureur, le Roi tua quatre hommes, entre autres un fameux chevalier de Gascogne, nommé de Polignac, qui était bâtard. Il aurait causé de plus grands malheurs encore, si son épée

ne se fût brisée. Alors on l'entoura, on l'attacha sur un chariot et on le ramena au Mans pour lui faire prendre un peu de repos. Ses forces étaient tellement épuisées qu'il resta deux jours sans connaissance et privé de l'usage de ses membres. Bientôt son état empira ; le corps commença à se refroidir : la poitrine seule conservait encore un reste de chaleur et de vie, qu'on distinguait à peine aux légers battements de son cœur; les médecins mêmes déclaraient que le Roi allait mourir. »

Froissart a donné du même événement une description plus imagée : « Il faisoit très âprement chaud... Le soleil par droiture et nature étoit en sa greigneur force, sur un plain et sablonnis. » Le Roi étoit vêtu « d'un noir jacques de veloux, qui moult l'échaufoit, et avoit sur son chef un chapeau de vermeille écarlate et un chapelet de blanches et grosses perles, que la Reine sa femme lui avoit donné au prendre congé. » A l'entrée de la forêt, « un homme, plus fol que saige, tête et pieds nus, vêtu d'une belle cote de burel blanc, » sort d'un fourré, se cramponne au rênes du cheval, en criant : « Roy, ne chevauche plus avant, mais retourne, car tu es trahi ! » Les gens d'armes le frappent à coups de plat d'épée, arrivent à lui faire lâcher prise, mais il leur échappe. Quelques minutes plus tard, un page, endormi sur sa monture, laisse glisser la lance qu'il portait. Cette lance tomba sur « un chapel d'acier » d'un autre page et « sonnèrent haut les aciers ». « Le Roy, qui avoit encore en l'imagination les paroles que le fol homme ou le saige lui avoit dites », tressaille, s'imagine être entouré d'ennemis qui en veulent à sa vie, donne de l'éperon à son cheval, saisit son épée, frappe d'estoc et de taille, criant : « Avant ! avant ! sur les traîtres ! » Il chercha à frapper le duc d'Orléans « qui n'étoit pas bien assuré et fuyoit tant que le cheval povoit ». « Quand il eut bien lassé et travaillé son cheval, bien saoulé et attrempé de sueur et d'ardeur, » un chevalier s'élance sur lui, l'enlace et arrive à le « tenir tout court ». On le déshabille « pour luy refroidir. » Il fut alors transporté au Mans, puis à Creil, sur la rivière de l'Oise. Là, ses oncles vinrent le

voir. Mais, il « avoit perdu la connaissance d'eux, ne nul semblant d'amour ne leur faisoit, et lui tournoient à la fois les yeux moult merveilleusement en la tête, ne à nul ne parloit... Le lendemain, les oncles le trouvèrent moult foible. Il ne se pouvoit prendre au repos... Ils lui demandèrent comment il lui estoit. Il ne répondit parole ne mot, mais les regarda très diversement et perdit la connaissance d'eux. »

Juvénal des Ursins, de son côté, nous a laissé le récit suivant :

« Au devant de luy vint un meschant homme, mal habillé, pauvre et vile personne, lequel vint au devant du Roy en lui disant : « Roy, où vas-tu ? Ne passe pas plus oultre : car tu es trahi et te doibt-on bailler ici à tes adversaires. » Le Roi entra d'ailleurs dans une grande frénésie et merveilleuse, et couroit en divers lieux, et frappoit tous ceux qu'il rencontroit, et tua quatre hommes. Lors on feit grande diligence de le prendre, et feut pris et amené en son logis. »

Le Roi, pendant sa maladie, après la journée de la forêt du Mans, était non seulement faible et abattu, comme le dépeignent les chroniqueurs, mais encore très agité, ainsi que l'atteste le livre des dépenses de la Maison du Roi. En août, septembre et octobre 1392, il n'est question, dans ce livre, que de « hannaps d'or desperiés », de « bacins d'or à redrécier », de « coupe d'or toute rompue », etc... Un jour, Charles VI, dans sa fureur, tenta de se précipiter de la fenêtre de la chambre qu'il occupait à Creil. Pour empêcher le retour de pareils accidents, on fit construire à la fenêtre de cette chambre un balcon en saillie sur la cour d'où on pouvait sans danger voir jouer à la paume dans les fossés du château. Telle est l'origine de la légende de la cage dans laquelle on aurait enfermé le Roi pendant ses accès de fureur.

On fit venir à Creil Guillaume de Harseley, de Laon, « le meilleur médecin de France ». « Le maître Guillaume de Harseley, dit Froissart, lequel avait le Roy en cure et en garde, se tenoit tout quois delès lui à Creil et moult soi-

gneux en fut et trop grandement bien s'en acquitta et honneur y acquit et prouffit grant; car, petit à petit, le remit en bon estat. Premièrement, il le osta hors d'une merveilleuse et forte fièvre et de la chaleur, et lui fist avoir goût de boire et de manger et appétit de dormir et reposer, et si lui fist avoir cognoissance de toutes choses; mais il estoit trop faible, et petit à petit pour luy renouveler d'ayr il le fit chevaucher et aller en gibier et voler de l'espervier aux aloes ».

Peu à peu, il reconnut sa femme et ses enfants. Guillaume le rendit à son frère : « Dieu mercy, le Roy est en bon estat, je vous le livre tout aisé et haitié. D'ores en avant, on le garde de courroucier et melancholier. Car encore, n'est-il pas bien ferme de tous ses esprits, mais petit à petit il se affermera, et joies et déduits, oubliances et deports par raison lui sont plus prouffitables qu'autre chose. Mais du moins que vous povés, si le chargiés et travailliés, car encore a-t-il et aura toute cette saison le chef faible et tendre et tost ému, et c'est raison car il a été bastu et fourmené de très dure maladie. »

Il sortit de cet état au bout de quatre ou cinq mois, en novembre ou décembre 1392 : « Et retourna le Roy sur le temps d'hiver en bonne santé ». (Froissart).

Pendant sa convalescence, le Roi avait appris avec horreur ce qui lui était arrivé. Il demandait pardon à ceux qu'il avait maltraités. Il fit dire une neuvaine à Saint-Julien du Mans et envoya des dons au chapitre.

Quant aux médecins de la Cour, ils pensèrent que le Roi avait été « encaraudé, empoisonné, ensorcelé » ; telle était la pathogénie invariable de tous les états d'aliénation mentale au moyen âge. Les médecins avancèrent encore que le Roi avait un « épanchement de bile noire et échauffée ».

Pendant près de dix mois, il revint à un état de santé en apparence parfait.

Conformément au conseil de Guillaume de Harseley, on s'efforça de distraire le Roy, on multiplia les fêtes; ce furent « joies et déduits par raison », et même hors de

raison. Ce fut au cours d'une de ces fêtes, le 23 janvier 1393, que Charles VI faillit être victime de l'accident du « Bal des Ardens ». A l'occasion du mariage d'une favorite de la Reine, un bal masqué fut donné à l'Hôtel Saint-Pol. On y vit « cinq hommes sauvages, enchaînés, tout velus, qui dansèrent en faisant des postures aussi sales que les bouquins qu'ils présentaient, jetant des cris horribles et gesticulant des sarrazines ». Le duc d'Orléans laissa tomber par hasard « une bluette de feu » sur l'un de ces satyres, qui s'embrasa aussitôt; en même temps, le feu gagnait ses compagnons. Charles VI se trouvait au nombre de ces satyres : il fut sauvé grâce à la présence d'esprit de la duchesse de Berry, qui se précipita sur le jeune Roi et le « bouta dessoubs sa robe », dit Froissart.

Charles VI fut à peine ému de cet accident. Pendant près de six mois, de janvier à juin, il demeura « en bonne santé ».

Malgré l'absence de tout renseignement positif, plusieurs historiens, substituant à la critique des textes les fantaisies de leur imagination, ont affirmé une récidive de la maladie du Roi à cette date. Michelet, entre autres, ne peut s'empêcher de supposer que les contemporains ont oublié la rechute et il supplée à ce qui lui paraît être une lacune, imité en cela par J. Monod et Moreau de Tours. Intervertissant l'ordre des événements, il place le bal des Sauvages avant la catastrophe de la Forêt du Mans, et, par une double erreur, chronologique et logique, il donne comme cause déterminante à la folie de Charles VI la terreur éprouvée par le Roi pendant l'incendie.

Les médecins assuraient que la santé du Roi était entièrement satisfaisante, quand, subitement, vers le 15 juin 1393, Charles VI « revint en la fureur où il avait été au Mans » (Juvénal des Ursins). « Tout à coup, dit le Religieux, il commença à donner, comme auparavant, des signes de démence et à se livrer à des extravagances tout à fait indignes de la Majesté Royale. Il n'avait point cessé d'abord de reconnaître ses amis, ses familiers et tous les gens de sa maison: il se souvenait même d'eux en leur

absence et les nommait par leurs noms. Mais, à la longue, son esprit se couvrit de ténèbres si épaisses, qu'il oublia complètement jusqu'aux choses que la nature aurait dû lui rappeler. Ainsi, par une bizarrerie étrange et inexplicable, il prétendait n'être pas marié et n'avoir jamais eu d'enfants; il oubliait même sa propre personne et son titre de roi de France, soutenant qu'il ne s'appelait point Charles, qu'il n'avait point pour armes les fleurs de lys ».

« Lorsque Isabeau de Bavière l'approchait, pour lui prodiguer les marques de son chaste amour, le Roi la repoussait, en disant avec douceur à ses gens : « Quelle est cette femme dont la vue m'obsède ? Sachez si elle a besoin de quelque chose, et délivrez-moi comme vous pourrez de ses persécutions et de ses importunités, afin qu'elle ne s'attache pas ainsi à mes pas ». De toutes les femmes, Mme la Duchesse d'Orléans était celle dont la présence lui était le plus agréable; il l'appelait sa sœur bien-aimée et allait la voir tous les jours. Bien des gens interprétaient en mal cette prédilection ».

« Cette fatale et déplorable maladie dura jusqu'au mois de janvier, sans que toute la science des médecins pût y apporter aucun remède. Malgré de nombreuses consultations qu'ils eurent à ce sujet, ils ne parvinrent même pas à en découvrir la cause... »

Cependant le Roi recouvra la santé en janvier 1394, après sept mois de maladie.

Vers la fin de cet accès, le duc de Bourbon avait fait venir de Lyon « un physicien très excellent, lequel médichina le Roy et lui fit purgacion par la tête (incisions du cuir chevelu). Par quoi il assouaga. Dont tout son peuple eut merveilleusement grande joie ». (Chronique des quatre premiers Valois.)

Après la guérison, le Roi ne cessait de trembler au souvenir des accès passés. Il multipliait les pèlerinages, les oraisons, les neuvaines, les dons aux chapitres, etc.

« Il n'en rechuta pas moins merveilleusement » en août 1395. Cet accès a été décrit avec soin par le Religieux de Saint-Denis : « Ce qui causait un juste étonnement, c'est

que, dans l'égarement qui couvrait son esprit d'épaisses ténèbres, il n'oubliait aucun de ses familiers, présents ou absents, tandis qu'il ne reconnaissait pas la Reine ou ses enfants, même lorsqu'ils se présentaient à sa vue. S'il apercevait ses armes et celles de la Reine, gravées ou peintes sur les vitraux ou sur les murs, il les effaçait en dansant d'une façon burlesque ou obscène ; il prétendait qu'il s'appelait Georges et que ses armoiries étaient un lion traversé d'une épée. On craignit que, dans ses accès de folie, où il n'avait aucun souci de sa dignité, il ne lui arrivât quelque accident, et l'on fit murer toutes les entrées de l'Hôtel Royal de Saint-Pol. Il courait souvent çà et là dans son palais, jusqu'à complet épuisement de ses forces ».

Le Roi prétendait aussi qu'il était de verre, se bardait d'attelles de fer, craignait de se briser en tombant, etc. *Existimabat nonnunquam se vitreum esse, nec tangi patiebatur, virgas ferreas vestimentis inserebat, multisque modis sese armabat ne cadens frangeretur.* (*Pii II commentarii.*)

Dans un accès de colère, il chassa le plus célèbre de ses médecins, Renaud Fréron.

A la même date, selon Juvénal des Ursins, « il y eut une grande consultation des physiciens de l'Université de Paris et autres, dont il estoit mémoire. Et fut mise la matière en termes, et spécialement si la maladie qu'il avoit venoit par des causes intrinsèques ou par des accidents extrinsèques. Et y eut divers argumens et imaginations. Et finalement, on ne sçeut que conclure, et demeura la matière indiscusse et sans aucune détermination ; dont les seigneurs ne furent pas bien contens. »

La Reine, souvent maltraitée par son époux, refusa de partager plus longtemps la couche royale. On mit dans le lit de Charles VI Odette de Champdivers, fille d'un marchand de chevaux, qui fut richement dotée pour sa peine et surnommée *parva regina*. Le Religieux de Saint-Denis ajoute ce commentaire : « Cela s'était fait du consentement de la Reine : ce qui semble fort étrange; mais la pensée qu'entre deux inconvénients il vaut mieux choi-

sir le moindre faisait qu'elle se résignait à ce sacrifice. »

« On n'osait plus faire sortir le Roi, on le laissait à l'Hôtel Saint-Pol ou dans la librairie du Louvre. On lui mettait dans les mains des figures pour l'amuser. Immobiles dans les livres écrits, ces figures prirent mouvement et devinrent des cartes ». (Michelet.) C'est à cette époque, et pour distraire Charles VI, que les cartes auraient été inventées par le bouffon du Roi.

On le menait aux Mystères. « Le peuple voyait alors le Roi, plus pauvre encore que lui sur le trône, pauvre d'esprit, pauvre d'amis, délaissé de sa famille, de sa femme, veuf de lui-même et se survivant, riant tristement du rire des fols, vieil enfant sans père ni mère pour en avoir soin. » (Michelet.)

A l'Hôtel Saint-Pol, son bouffon Hainselin semble avoir eu surtout recours, pour l'amuser, à des facéties bruyantes et désordonnées. A l'exemple de son maître, le bouffon déchirait fréquemment sa chemise. Il lui arriva d'user 47 paires de souliers en une seule année. C'était, dit Gazeau, un fou « particulièrement agité ». (Cité par Moreau de Tours, dans : *Fous et Bouffons*.)

Le Religieux de Saint-Denis signale un autre fait intéressant d'interpsychologie morbide : « Pendant les crises du Roi, il y avait, dit-il, dans le Royaume, beaucoup de nobles et de gens du menu peuple qui étaient atteints de la même affection. »

Il semble que, durant la seconde moitié de l'année 1395, la maladie n'ait guère quitté le Roi. Les médecins désespéraient de la guérison, lorsque, tout à coup, au mois de février 1396, le Roi revint à la santé.

Pendant la première moitié de 1397, Charles VI fut atteint d'une nouvelle récidive. Le 15 juillet, une amélioration s'étant manifestée, le Roi, pour reconnaître ce bienfait, « se rendit en pèlerinage à Notre-Dame de Paris, en vêtement d'apparat, et offrit à Dieu des actions de grâce... » « Depuis ce jour jusqu'au vendredi de la semaine suivante, le Roi jouit de son bon sens. Mais, le lendemain, sentant revenir ses accès de démence, il demanda qu'on

lui ôtat son couteau et donna ordre au Duc de Bourgogne qu'on en fît autant à tous les gens de la Cour. Il avait éprouvé ce jour-là de telles souffrances, que le lendemain il fit venir ledit duc et d'autres seigneurs, et leur déclara, en pleurant, qu'il préférait la mort à de pareils tourments ».

« Il estoit chose bien piteuse, dit à son tour Juvénal, d'ouïr les regrets qu'il faisoit quand il sentoit qu'il devoit renchoir, et invoquant et réclamant la grâce de Dieu et de Notre-Dame et de plusieurs corps saints. »

Deux moines imaginèrent de faire prendre au Roi de l'eau distillée sur des perles mises en poudre, proposèrent des incisions du cuir chevelu, et ayant, en désespoir de cause, accusé le Duc d'Orléans d'avoir exercé un sortilège sur la personne du prince, ils furent condamnés à être coupés par quartiers. On eut recours inutilement aux propriétés miraculeuses d'un prétendu suaire du Sauveur, que le connétable de Sancerre avait fait venir de Bourges.

A partir de l'année 1397, il devient très difficile de suivre la maladie du Roi à travers ses très nombreuses intermittences. Chéreau dit avoir dressé le tableau des principales phases de l'affection jusqu'en 1409, mais il n'a pas publié ce travail. Brachet, à son tour, affirme que la rechute de 1393, c'est-à-dire la première, a été suivie de quarante-deux autres, et il renvoie à une liste chronologique des rechutes et des rémissions du Roi, qu'il a pareillement omis de publier. Une telle entreprise serait à coup sûr très séduisante : elle permettrait, par une représentation graphique des différentes phases de l'affection, de saisir, dans une vue d'ensemble, à la fois très rapide et très claire, l'évolution de la folie du Roi. Mais cette œuvre, avec les documents qui nous restent, ne comporterait, à mon avis, qu'une rigueur scientifique illusoire et qu'une fausse précision. Cependant, à défaut de cette chronologie minutieuse, on peut établir, avec une approximation suffisante, le nombre, la durée et la symptomatologie des accès, la durée et la forme des intermittences, en un mot, l'évolution générale de la maladie du Roi.

Les accès, à mesure que l'affection se prolonge, semblent devenir plus fréquents et plus persistants. Ils durent parfois plus d'une année. Le livre de la Maison Royale atteste alors les dégâts causés par la fureur du malade. Il note le prix des « longues houppelandes moult gâtées dans les allées du jardin de Saint-Pol », des « tentures de la chambre royale trouées et dessirées ». Il fait mention, très fréquemment, de « grands draps baignoirs pour le Roy ».

Dans le tableau clinique de la maladie du Roi, deux caractères surtout ont frappé les contemporains : l'intermittence et la monotonie des accès. Les alternatives de récidive et d'amélioration se succèdent avec une régularité dont l'entourage peut, dans une certaine mesure, prévoir et escompter les effets. Pendant les crises, on attend avec confiance que le Roi recouvre la santé. On profite des phases d'amélioration pour faire intervenir le Roi dans les affaires d'Etat : mais on se hâte, car on sait que la rechute est proche.

Chaque accès présente une grande ressemblance, sinon une complète identité, avec les accès précédents. Les chroniqueurs, pour annoncer les rechutes, emploient fréquemment des phrases telles que celle-ci : le Roi « entre alors en *la même* frénésie où il avait été auparavant ». Et cette répétition uniforme des accès les dispense d'une plus longue description.

Toutefois, il faut noter qu'en 1405, le Roi semble être tombé dans un état de prostration, physique et mentale, particulièrement accusée. Voici sur ce point les renseignements consignés par Juvénal des Ursins, qui, à cette époque, visitait régulièrement le Roi à l'Hôtel Saint-Pol :

« C'estoit grand pitié de la maladie du Roy, laquelle lui tenoit longuement. Et quand il mangeoit, c'estoit bien gloutonnement et louvissement. Et ne le pouvoit-on faire despouiller et estoit tout plein de poux et de vermine et d'ordures. Et avoit un petit lopin de fer, lequel il meist secrètement au plus près de sa chair, de laquelle chose on ne sçavoit rien et lui avoit tout pourri la pauvre chair, et n'y avoit personne qui ôsast approcher de lui pour y

remédier. Toutesfois il avoit un physicien qui dist qu'il estoit nécessité d'y remédier, ou qu'il estoit en danger et que de guérison de la maladie il n'y avoit remède, comme il lui sembloit. Et advisa qu'on ordonnast quelque six ou douze compaignons déguisez, qui feussent noircis et aucunement garnis dessoubs, pour doubte qu'on ne les blessât. Et ainsi feust faict et entrèrent les compaignons, qu'estoient bien terribles à voir, en sa chambre. Et quand il les vist, il feut bien esbahi, et viendrent de faict à lui. Et avoit-on faict faire tous habillemens nouveaux, chemise, gippon, robe, chaussures, bottes, qu'on portoit. Et le prindrent, et il disoit plusieurs paroles, et le dépouillèrent et lui vêtirent les dictes choses qu'ils avoient apporté, et estoit grand pitié le voir, car son corps estoit tout mangé de poux et d'ordures. Et si trouvèrent la dicte pièce de fer. Et toutes fois qu'on le vouloit nettoier, falloit que le feust par la dicte manière ».

Sur l'état du Roi pendant l'intervalle des accès, les contemporains nous ont laissé des indications très diverses et parfois contradictoires. Il est un caractère cependant qu'ils s'accordent à noter : c'est l'extrême instabilité de l'état mental.

Le Religieux s'exprime en ces termes : « Le Roi avait parfois des intervalles de calme... Mais soudain on le voyait changer : il frémissait et criait, comme s'il eût été piqué de mille pointes de fer et se disait poursuivi par ses ennemis ».

Jean Brandon écrit dans le même sens : « *Nec sensum, nec intellectum habebat discernandi inter bonum et malum. Aliquandotamen lucida sibi provenerunt intervalla... Sed, in ictu oculi conversus, fantaziando loquebatur.* »

Les intervalles lucides

Les troubles relevés chez le Roi pendant l'intervalle des accès portent sur l'attention, la mémoire, l'affectivité, la volonté.

Très fréquemment, le Roi se montre distrait, inattentif, étranger à tout ce qui se passe autour de lui. Il est incapa-

ble de surveiller ses serviteurs, qui en profitent pour mettre ses biens au pillage. On lit, à ce sujet, dans le *Songe véritable*, ces vers, confirmés par le livre des comptes de la Maison royale :

Il n'a joyaux en garde-robe,
Et son trésor on ly dérobe.
Il en pert bien aux bons atours
Que ont ses pauvres servitours.

En même temps que l'attention, la mémoire est troublée. « Il revint assez en bonne mémoire, dit Monstrelet, non pas telle que paravant il avait eue... Et, pour cette douloureuse maladie, perdi, toute sa vie durant, grant partie de sa bonne mémoire ». Il arrive au souverain de donner le même poste en même temps à plusieurs personnes, ce qui cause beaucoup d'ennuis au chancelier.

La sensibilité du Roi paraît, elle aussi, altérée. Charles VI fait preuve, à plusieurs reprises, d'une indifférence anormale en apprenant la mort de ses amis ou de ses proches. Il pardonne aux assassins du duc d'Orléans avec une facilité surprenante : « Pardonna doucement et bénignement, dit Juvénal, et faisoit tout ce qu'on vouloit ». Au moment où ses armées viennent d'éprouver des désastres, au moment où la France est envahie par les Anglais, le Roi organise des fêtes et des tournois. « La vénérable Université de Paris résolut de faire des remontrances au Roi à ce sujet. Un savant docteur en théologie prononça même un discours plein de raisons solides et d'exemples. » Le Roi resta insensible aux arguments les plus pathétiques.

Les troubles de sa volonté le livraient sans défense aux suggestions de son entourage. Monstrelet raconte qu' « il était content de traicter en tous états selon l'opinion de ceux qui étaient assistans en sa présence, tant en son préjudice comme autrement ». « Il est entouré, dit le Religieux, d'une foule de gens avides de ses trésors, qui ne peuvent supporter aucun refus et qui, à force d'importunités, le dépouillent de tout, vêtements, joyaux, vases d'or et d'argent ; et le peu qui lui reste est sans cesse mis en gage pour subvenir à ses besoins ».

C'est ce que le *Songe véritable* a exprimé avec une verve malicieuse :

> Brief il n'a rien que il demande.
> N'en ne fait rien que il commande.
> Quand on veut on le tient en mue ;
> Et quand on veut on le remue.
> Il fait tout et si ne fait rien.

Mais, à côté de ces textes, qui semblent indiquer, dans l'intervalle même des accès, une grave altération de l'état psychique, les contemporains nous ont laissé d'autres documents, qui semblent contredire les précédents et attester au contraire la restauration presque complète de l'intégrité mentale pendant les périodes que la plupart des auteurs dénomment « périodes de guérison » ou « de santé ».

Le Religieux de Saint-Denis écrit : « Le Roi ne restait pas toujours dans cet état de folie. Il assistait alors au Conseil, recevait les ambassadeurs, et répondait à tout avec assez de bon sens ».

Jean Brandon note également l'existence d'intervalles lucides : « *ut optime sentiret et responderet per tempus ad bene disponendum de multis* ».

L'attention du Roi, si souvent distraite, était capable, à certains moments, de se fixer. Si l'on s'en rapporte au texte du Religieux de Saint-Denis, le Roi écoute longuement les ambassadeurs, répond point par point à leurs discours; il donne audience à ses sujets, accueille les requêtes, rend les ordonnances, accorde des grâces. Sa repartie serait non seulement prompte, mais encore pleine d'à-propos. Il aurait pris une part active aux épineuses négociations du schisme, et discuté un jour avec l'empereur Wenceslas la possibilité d'une entente commune au sujet des affaires pontificales.

Mais les documents d'archives sont ici plus intéressants que les déclarations d'un historien officiel. Or, on retrouve dans les Comptes de la Maison du Roi des textes permettant d'établir que Charles VI, dans les intervalles de ses accès, s'adonnait non seulement aux jeux d'adresse : tir à l'arc, à l'arbalète, jeu de paume, chasses, tournois, etc...,

mais encore aux jeux de combinaison, notamment aux cartes et surtout au tric-trac et aux dames.

En août 1413, nous voyons le Roi diriger en personne les opérations d'une sorte de scrutin parlementaire. C'est de Baye, greffier de la Cour, qui a rédigé le compte rendu de cette élection : « Le Roy notre sire entra après sa messe finie en sa chambre de Conseil... et, par le commandement du Roy, allèrent tous hors de la chambre, hors le Roy... et moi de Baye, le graphier de la court... Je fis jurer par le commandement du Roy un chacun successive... Et après tous aussi nomma le Roy et donna sa voix à celui que vollt... Si me commanda le Roy, que les huis dudit Conseil ouvers, je publiasse le dit scrutin... Et, ce fait, se leva le Roy, et s'en ala chacun en sa chascune, combien que avant le département fu supplié au Roy d'aucun seigneur qu'il donnat ce lieu de quart président... qui vacoit, à maistre J. de Wailly, naguère chancelier de Guienne. »

La mémoire du Roi, autant que son attention, se révèle, dans beaucoup de circonstances, fort bien conservée. Il reconnaît les personnages de la Cour, les nomme par leur nom, se rappelle leurs titres et leurs attributions. En 1420, il reçut le roi d'Angleterre et l'accompagna dans Paris, sans oublier les moindres formalités du cérémonial usité en pareille occasion. « Adonc, raconte Monstrelet, fut présenté aux deux roys à baiser les sainctes reliques, et premièrement au roi de France, lequel se tourna vers le roy d'Angleterre, en lui faisant signe qu'il voulait premier baiser, et le roy d'Angleterre, en mectant main à son chaperon, faisant révérence au roy de France, lui fit signe qu'il baisast. Et, en ce faisant, baisa le dit roy de France, et après lui le roy d'Angleterre. »

La sensibilité du Roi, en dépit de longues périodes d'insouciance et d'apathie, se manifeste parfois avec une certaine vivacité. S'il reste indifférent, ou hostile même, à l'égard de son frère et de sa femme, il est plein de tendresse et de sollicitude pour son fils, le dauphin. « Quelques personnes, dit le Religieux, osèrent accuser la Reine de négliger ses enfants. Le Roi en fut fort irrité. Il voulut

savoir la vérité de la bouche même de son fils aîné, et lui demanda affectueusement depuis combien de temps il était privé des embrassements de la Reine sa Mère. « Depuis trois mois », répondit le Dauphin.

Juvénal raconte cette anecdote : « Or advint, une fois que le Roy disnoit et estoit à table, que la nourrice, laquelle nourrissoit monseigneur le Dauphin, vint devers le Roy et dit qu'on ne pourvoyoit en rien le dit Seigneur, ni celle ou ceux qui estoient autour de lui et qu'ils n'avoient que manger ni que vestir. Le Roy de ce fut très malcontent et répondit à la dicte nourrice que luy-mesme ne pouvoit rien avoir et qu'il n'avoit autre chose, et fut le Roy très malcontent des façons qu'on tenoit. » Le Religieux confirme ce récit et ajoute que le Roi « donna sa coupe d'or à la demoiselle qui gardait son fils », en reconnaissance de ses bons services.

En 1416, la fin d'un de ses fils, qui meurt de tuberculose pulmonaire à l'âge de neuf ans, l'afflige profondément, au dire du Religieux.

Enfin il n'est pas rare que la volonté du Roi s'affirme et s'impose, avec une fermeté qui dégénère souvent en obstination. Dès que l'on contrarie son bon plaisir, il s'irrite et exige brutalement l'obéissance.

Il chasse son médecin Renaud Fréron, dont les prescriptions lui sont insupportables. Au savant docteur en théologie Benoît Gentien, religieux de Saint-Denis, qui lui présente, en s'appuyant sur des « raisons solides », « et des exemples », de respectueuses remontrances sur son goût excessif pour les tournois, il répond : « J'ai à cœur d'échapper à l'oisiveté et de consacrer ma vie à de nobles actions. Tel est le rôle qui convient à la Majesté Royale; et, comme mon intention est de suivre désormais cette ligne de conduite, je trouve fort mauvais qu'on vienne ici me donner des leçons. Voilà ma réponse formelle. Qu'on se le tienne pour dit ». Le tournoi eut donc lieu... » (Religieux de Saint-Denis.)

De même, lorsque, en 1408, un moine audacieux, nommé Jacques Legrand, dans un sermon devant la Cour, repro-

che à la Reine ses débauches, le Roi prend fait et cause pour lui résolument. « La déesse Vénus règne seule à votre Cour, s'était écrié le capucin. Partout, noble Reine, on parle de vos désordres. » « Ce langage, écrit le Religieux, fut loin de plaire à la Reine. Un de ses familiers dit avec humeur : « Si l'on m'en croyait, on jetterait à l'eau ce misérable ! » Quelques courtisans, afin d'attirer sur lui la colère du Roi, allèrent lui raconter que le moine augustin avait parlé de la Reine dans les termes les plus offensants. Le Roi en témoigna, au contraire, beaucoup de satisfaction. Il désira même l'entendre... Ce jour-là, donc, le religieux prêcha en présence du Roi... A peine le Roi l'eut-il entendu, qu'il se leva et vint se placer en face du religieux. Tout autre eût été intimidé par la vue d'un si grand prince, mais lui n'en montra que plus de résolution... Le Roi applaudit à sa franchise, et, contre l'attente des gens de cour, il le prit sous sa protection et résolut de mettre un terme aux excès qu'il avait signalés. Mais il ne put accomplir cette résolution : il éprouva une rechute le 9 juin, et resta malade jusqu'à la fin de juillet. »

Les actes qui témoignent de la lucidité du Roi sont aussi fréquents dans les dernières années de sa vie qu'au commencement de sa folie. En 1412, en 1414, en 1417, après dix, douze et quinze ans d'aliénation, on le voit partir pour la guerre, assister aux sièges, à Melun, à Compiègne, à Troyes. C'est en 1420 qu'il reçoit le roi d'Angleterre. Un texte d'archives le montre jouant à la paume dans le bois de Vincennes, trois mois avant sa mort.

C'est le 21 octobre 1422 que le Roi mourut, à l'Hôtel Saint-Pol, d'une maladie intercurrente non déterminée. « En ichelui, dit P. Cochon, prist au roi de France, nommé Charles VI, une maladie qui ne dura guère et trépassa le mercredi XXIe jour d'octobre. » Monstrelet donne de l'autopsie cette relation succincte : « Et fut trouvé qu'il avoit le cuer et le foye net. »

Les opinions médicales

Cette étude, d'après les textes, de la folie de Charles VI,

constitue un simple chapitre de cette Médecine de l'Histoire, qui tend à introduire, dans la critique historique, l'enquête médicale, se propose d'éclairer la conduite et les actes des hommes par l'analyse médico-psychologique des éléments de leur caractère et de déterminer les facteurs pathologiques qui sont intervenus dans les réactions humaines, individuelles et collectives, du Passé. En recherchant maintenant quelle a été, depuis l'ère contemporaine jusqu'à nos jours, l'opinion des médecins sur la maladie du Roi, je compléterai cet essai de Médecine de l'Histoire par un bref chapitre d'Histoire de la Médecine.

Les médecins contemporains ne nous ont transmis ni observation ni diagnostic. Seule, la cause de la maladie les intéressait. S'agissait-il d'un empoisonnement ou d'un épanchement de bile ? Telle fut la question qu'ils discutèrent par voie de syllogisme, mais sans succès, car Juvénal nous apprend que cette maladie « moult les esbahit et déconfit », et le Religieux ajoute qu' « ils ne parvinrent même pas à en découvrir la cause». Guillaume de Harseley, praticien renommé, avait reconnu que le Roi avait « le chief tendre et tost esmu » et recommandait de « ne pas le *courroucier ni le mélancholier* ». Mais ce n'était là, dans sa pensée, qu'un pronostic, et un mode de traitement, non un disgnostic. Quant au nom donné à l'affection par les différents auteurs, il est extrêmement variable et imprécis. Le Religieux dit : *Amentia, Insanitas, Desipientia.* Juvénal, Froissart, Monstrelet emploient indistinctement les mots de folie, frénésie, démence, aliénation d'esprit, aberration de l'entendement, etc... Il faut arriver au XIXe siècle pour trouver l'expression de diagnostics scientifiques touchant la maladie de Charles VI. Parmi ces diagnostics, on peut établir deux catégories : d'un côté, il y a unanimité des médecins et des aliénistes pour proclamer l'existence, chez le Roi, d'un état maniaque. D'un autre côté, nous voyons, seul contre tous, un historien, A. Brachet, opposer à l'opinion concordante des médecins le diagnostic exclusif de « confusion mentale. »

En faveur de la manie, nous citerons seulement Audry

(*La Folie de Charles VI*, Lyon 1888), A. Chéreau (*La Maladie de Charles VI*, Union Médicale, 1862), Bird, en Allemagne (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, VI-512). Plus intéressante est l'opinion de Moreau de Tours et de Legrand du Saulle, qui ont introduit, dans le diagnostic de la maladie du Roi, la notion de folie périodique.

Dans son *Traité de Médecine légale*, page 244, Legrand du Saulle cite Charles VI comme exemple, pour démontrer que, dans les intervalles lucides de certaines formes d'aliénation, la capacité testamentaire est intacte. « Pendant la maladie de Charles VI, dit-il, dès qu'il apparaissait un intervalle lucide, les pouvoirs du Conseil de Régence étaient suspendus. En revenant ainsi à la santé et ressaisissant sa volonté, le Roi apaisait les discordes qui déchiraient sa famille, réparait bien des malheurs et relevait l'Etat que les désastres de la guerre entraînaient vers l'abîme. »

Moreau de Tours, dans son livre sur la Psychologie morbide, au chapitre des exemples historiques et à propos de l'hérédité de Louis XI, formule incidemment le diagnostic qu'il avait porté sur la maladie de Charles VI. Les faits historiques qu'il allègue sont contestables ou même certainement inexacts. On sait, en effet, combien est douteuse la parenté de Charles VI, fou et époux d'une Reine débauchée, avec ses prétendus descendants, que les auteurs surnomment trop souvent, au mépris de la critique du témoignage : les enfants de la démence. De même, Moreau de Tours signale, comme facteurs étiologiques de la folie du Roi, l'empoisonnement de son père Charles V, qui semble bien être mort de mort naturelle, et l'accident du Bal des Ardens qui est, sans aucun doute, postérieur au début des troubles psychiques du monarque. Mais le nom donné à l'affection, présenté comme l'expression d'un diagnostic et imprimé en caractères italiques, est celui de : « manie périodique ». C'est la première fois qu'on trouve ce diagnostic formulé d'une façon nette et complète.

Il convient de signaler encore cette incidente d'une phrase extraite du livre *Fous et Bouffons* : « En proie à

une noire mélancolie, on conçoit que Charles VI ait été entouré de bouffons qui devaient essayer de le distraire ». Mais ceci n'est plus un diagnostic et l'on ne peut savoir quelle importance attachait au juste Moreau de Tours à la notion de cette « noire mélancolie » dans un cas de « manie périodique ».

Enfin A. Brachet, dans son livre, d'une documentation admirable, sur la Pathologie des rois de France (1903), s'est inscrit en faux contre le diagnostic de tous les autres auteurs.

« Aux conclusions des aliénistes, dit-il, qui n'ont trouvé d'autre formule à la folie de Charles VI que celle de manie périodique, consécutive à une cause prédisposante, d'ailleurs imaginaire, l'empoisonnement de son père Charles V, manquant ainsi à toutes les règles cliniques qui imposent au psychiâtre la recherche de l'hérédité maternelle, nous opposerons les conclusions suivantes :

« *Terrain* : Lignée maternelle vésanique, lignée paternelle arthritique, consanguinité univoque.

Cause déterminante : fièvre typhoïde, chez le patient, à l'âge de vingt-quatre ans, avec troubles psychiques de convalescence.

Cause provocatrice : Insolation, deux mois après.

Définition de la psychose : par l'étude *a posteriori* des rémissions, on doit conclure à la confusion mentale.

Or, c'est précisément la confusion mentale qu'indique *a priori* l'étiologie, comme forme de la psychose consécutive à l'infection (Cf. les travaux de Séglas, Ph. Chaslin). Dès lors, on peut affirmer, au point de vue de l'histoire, l'incapacité gouvernementale complète de Charles VI pendant les quarante-deux rémissions de ces trente années de folie (à l'inverse de ce qui se passe, par exemple, dans la folie circulaire).

Conclusion : Folie infectieuse chez un héréditaire, à hérédité maternelle vésanique, à hérédité paternelle arthritique ».

Notons enfin l'existence d'une thèse de M. J. Sallet (de Toulouse 1907), sur la folie du roi Charles VI, dans la-

quelle l'auteur se borne à adopter et à transcrire les conclusions d'A. Brachet.

Cet aperçu historique nous montre donc les diverses théories pathogéniques et nosologiques de la folie, aux prises, à travers les siècles, avec un cas complexe et d'interprétation difficile. Le moyen âge applique sa pathogénie ordinaire d'empoisonnement ou de modification humorale. Plus tard, quand la conception de la manie intermittente est acquise, la maladie de Charles VI paraît rentrer tout entière dans ses cadres. Mais un examen plus détaillé des textes et, d'autre part, l'impulsion donnée à la conception nosologique de la confusion mentale par les travaux de Chaslin, de Seglas et de Régis ont modifié ces conclusions et permis de rendre un compte plus exact de certains symptômes, qui échappaient au tableau clinique ordinaire de la manie périodique. Chacun de ces diagnostics, appliquant à la solution d'un même problème nosologique les progrès les plus récents de la science médicale, représente, au cours de l'évolution des doctrines, un moment de l'histoire de la psychiâtrie. A mon tour, je me propose, dans cette étude, d'apporter des conclusions plus précises et plus rigoureuses sur l'affection du Roi, d'après les données plus complètes et plus solidement établies de la psychiâtrie contemporaine. En même temps, ce travail sera pour nous l'occasion de constater, une fois de plus, les variations et l'incertitude des documents, la difficulté de l'interprétation des faits, même à la lumière des notions scientifiques acquises, et l'intérêt de la critique du témoignage.

Discussion des témoignages, étude clinique.

La première indication d'ordre pathologique que contienne l'histoire de Charles VI se rapporte à l'affection qu'il présenta, en avril 1392, à Amiens. Lors de son passage dans cette ville, à vingt-quatre ans, le jeune monarque fut atteint d'une maladie fébrile, épidémique, compliquée de troubles cérébraux (chaude maladie, fièvre chaude) qui semble avoir duré au plus six semaines, et dont la con-

valescence fut remarquable par sa longue durée et par des troubles profonds de nutrition (chute des cheveux et des ongles). Cet ensemble de caractères autorise, selon l'opinion, d'ailleurs trop affirmative, de Brachet, à rapporter les accidents à la fièvre typhoïde.

C'est au déclin de cette convalescence traînante que Charles VI, malgré son entourage et ses médecins, entreprit l'expédition contre le duc de Bretagne. Cette résolution, à laquelle le Roi s'obstina sans raison et dans des conditions défavorables, apparaît déjà comme un acte pathologique, et on peut avancer qu'elle se range parmi les manifestations prodromiques (euphorie, besoin d'activité, esprit d'aventure) de l'accès d'excitation et de délire qui allait éclater. Les accidents d'ailleurs se précipitent et, à peine arrivé au Mans, le Roi donne à tous l'impression d'un malade et d'un agité. Enfin, le 5 août 1392, sourd aux conseils de ses parents, le Roi, par une chaleur torride, sort de la ville à cheval et armé de pied en cap. Ici se place l'incident historique et l'apparition du fameux personnage, qui interpella le monarque à son passage dans la forêt du Mans. Nous possédons sur cette aventure trois versions différentes : la première, celle du Religieux de Saint-Denis, émane peut-être d'un témoin oculaire de l'accident; la seconde, celle de Froissart, postérieure à la précédente et beaucoup plus imagée et plus pittoresque; enfin une troisième, de Juvénal, plus sobre et plus concise.

Les trois auteurs s'accordent pour admettre, à titre de fait historique, et sans contestation, l'existence de ce mystérieux personnage. Froissart cependant élève un doute, non sur la réalité mais sur l'intégrité mentale de ce vagabond, et exprime l'opinion qu'il s'agit d'un homme « plus fol que sage ». Ultérieurement, tous les historiens, à ma connaissance, ont reproduit, sur la foi des contemporains, la même version. Michelet parle, il est vrai, des « mirages » au milieu desquels le Roi chemine par ce jour de soleil aveuglant, et emploie pour désigner la venue de cet homme le mot d' « apparition ». Mais il ne semble pas avoir donné à ce terme le sens d'hallucination. Il y a là pourtant,

semble-t-il, un problème de critique historique et psychiâtrique qui doit être posé, sinon résolu. La diversité des récits transmis par les chroniqueurs, qui décrivent cet homme tour à tour comme « un misérable couvert de haillons » (Religieux de Saint-Denis) et « un homme, tête et pieds nus, vêtu d'une belle cote de burel blanc » (Froissart), l'invraisemblance de la conduite prêtée à ce personnage qui, selon le Religieux, s'acharne à poursuivre le Roi pendant près d'une demi-heure, malgré les menaces et les coups ; enfin l'absence de toute notion sur l'identité de cet individu qui demeure insaisissable et parvient à s'échapper, au milieu d'un grand nombre d'hommes d'armes : un tel ensemble de renseignements paradoxaux, ou même franchement contradictoires, autorise l'historien à révoquer en doute le témoignage positif des contemporains. Ce personnage étrange, vêtu de blanc et comme immatériel, qui surgit inopinément, en prononçant des paroles menaçantes, qui se dérobe aux hommes d'armes, résiste aux coups d'épée, et s'évanouit enfin sans laisser de traces, ce fantôme insaisissable et terrifiant paraît tenir plus du cauchemar que de la réalité; peut-être serait-il légitime d'interpréter l'apparition de ce « fol homme » comme l'hallucination d'un cerveau malade communiquée à l'entourage, devenue ensuite une hallucination ou une croyance collectives, puis une légende, et de considérer cette vision en quelque sorte comme le prélude des accidents psychopathiques suraigus qui devaient se déchaîner quelques instants plus tard. En tout cas, cette hypothèse méritait d'être soulevée.

Au sujet de la crise furieuse de la forêt du Mans, la même question se pose : pendant l'accès, comme avant l'accès, peut-on affirmer l'existence d'hallucinations ? Ici encore, le récit des chroniqueurs ne permet guère de résoudre ce problème. Au bruit d'une lance tombée sur une armure, le Roi, tout à coup, comme tiré d'un rêve, tressaille. Il s'écrie : « On veut me livrer à mes ennemis ». et, donnant de l'éperon à son cheval, il se précipite dans une course effrénée, « frappant ses amis aussi bien que les

premiers venus ». On sait encore par Monstrelet que le Roi, amené à Creil, aurait dit « tantost après qu'il put parler : « Pour Dieu, ôtez moi cette espée qui me transperce le cuer. Ce m'a fait beau-frère d'Orléans ! » Et il ajoutait : « Il faut que je le tue ! » La plupart de ces symptômes peuvent, à vrai dire, se rapporter aussi bien à des illusions qu'à des hallucinations. Toutefois, l'ensemble des troubles sensoriels, l'état de terreur intense qui les accompagne, la course éperdue dans la forêt jusqu'à complet épuisement des forces, enfin les conditions étiologiques (grande chaleur, armure très lourde, alcoolisme possible), constituent autant d'arguments qui plaident en faveur de l'existence d'hallucinations, d'ailleurs associées, dans une large mesure, à des interprétations et à des illusions. Enfin, d'après Froissart, le Roi, pendant cette crise, aurait été travaillé par « une merveilleuse et forte fièvre » et plus tard, au cours de sa convalescence, il n'aurait conservé de son équipée qu'un souvenir très vague et très lacunaire.

A partir de cet accès, il ne sera plus question, dans les documents, de « fièvre et chaude maladie ». L'affection procède par intermittences, selon un type évolutif d'ailleurs assez irrégulier, sans périodicité vraie; et, pendant le cours aussi bien que dans l'intervalle des crises, elle présente un ensemble de manifestations complexes, dont il importe de préciser la signification clinique.

Pendant les accès, on reconnaît dans le tableau morbide deux ordres de symptômes, différents ou opposés, qui se succèdent ou même s'associent. Au premier plan, apparaissent des signes d'excitation motrice et psychique : bris d'objets, gestes obscènes, vociférations ,etc... Mais, à d'autres moments, et parfois, semble-t-il, dans le même temps, le Roi manifeste un abattement, un état d'inertie et de torpeur où, selon le texte du Religieux de Saint-Denis, il refuse « de changer de chemise et de draps, de prendre des bains, de se laisser raser la barbe, enfin de manger et de dormir à des heures réglées ». Il reste muet pendant de longues heures : « On le venoit voir aucunes fois, dit Juvénal, et luy regardoit fort les gens et ne disoit mot quel-

conque. » A d'autres moments, il souffre, se lamente, et recherche avec angoisse quelle peut être la cause de pareils tourments. Craignant la colère du ciel, il envoie des dons aux chapitres, notamment à Saint Julien du Mans, « à cause des meurtres qu'il a commis » dans la forêt. Selon Juvénal, il introduit et conserve dans sa chair un morceau de fer qui produit un ulcère infect. Eprouvant une crainte, d'ailleurs assez naturelle à une époque et dans un milieu fertiles en empoisonnements criminels, évoquant des souvenirs de famille, il se demande s'il n'est pas empoisonné et, loin de réagir par la colère et les récriminations, il se borne, en désespéré, à supplier qu'on l'achève. « S'il est ici, dit-il, celui qui me fait souffrir, je le conjure, au nom de Notre Seigneur, de ne pas me tourmenter davantage, de faire que je ne languisse plus et que je meure! »

De ces manifestations d'inhibition et de dépression, il convient de rapprocher un ensemble de conceptions morbides que Charles VI, au cours de ses crises, exprime fréquemment : ce sont des idées délirantes de négation et de transformation, concernant sa personnalité : il n'a ni trône, ni armoiries, ni femme, ni enfants. Il s'appelle Georges, il est de verre, etc...

Dans l'intervalle des crises, l'affection du Roi présente, comme au cours des accès, un tableau clinique assez confus et disparate, dont il convient de reconnaître les éléments symptomatiques. Nous avons vu que les documents historiques sur les rémissions de la maladie du Roi sont, en apparence du moins, contradictoires. Dans les textes des différents auteurs, et souvent dans le texte d'un même auteur, on peut isoler deux catégories opposées de renseignements, qui semblent prouver : la première, une conservation remarquable, et, la seconde, une abolition presque complète de l'attention, de la mémoire, de l'affectivité, et de la volonté du Roi. En présence de telles variations, je ne crois pas qu'il convienne de suivre l'exemple d'A. Brachet, qui se refuse à tenir compte des témoignages favorables à la persistance de l'activité psychique du Roi et

admet la faillite continue de la raison du malade dans l'intervalle des accès.

Au contraire, cette extrême diversité des symptômes, devant l'unanimité des témoignages, doit être admise, et peut d'ailleurs s'expliquer facilement. Il est hors de doute que, dans l'intervalle des crises, le Roi ne se montre plus tel qu'il était avant l'éclosion du premier accès : il reste un malade psychique. L'équilibre mental est instable : à certains moments, la raison du Roi subit des défaillances, des éclipses. Mais ces troubles psychiques sont dus à des désordres fonctionnels, variables et passagers, de nature inhibitoire, et non pas à une diminution permanente et définitive de l'activité mentale. Ainsi se résout, ou du moins peut se résoudre, l'apparence contradictoire des documents historiques.

Diagnostic de la maladie. Conclusion.

Après avoir étudié en détail l'observation du malade, après avoir discuté l'existence et la signification clinique des principaux symptômes, il importe de reconstituer, avec l'ensemble des données, le diagnostic de la maladie du Roi.

La notion étiologique d'une lourde hérédité morbide est tout d'abord évidente : il existe, notamment dans la lignée maternelle, de nombreux antécédents psychopathiques de nature surtout dépressive.

Dans sa jeunesse, le Roi, de constitution physique robuste, mais d'intelligence probablement médiocre, débauché, prodigue, et toujours en proie à une agitation stérile, se présente avant tout comme un déséquilibré du caractère et de la conduite.

Sur ce terrain constitutionnellement taré survient, à l'âge de vingt-quatre ans, une affection fébrile (probablement une fièvre typhoïde), qui s'accompagne de troubles psychiques et convulsifs, si l'on s'en réfère au sens ordinaire de l'expression : « chaut mal », au moyen âge. Pendant la convalescence, qui est lente et difficile, le Roi se montre bizarre, fantasque, agité et il entreprend follement

cette expédition de Bretagne, qui devait être interrompue si misérablement, presque à son début, par la crise furieuse de la forêt du Mans.

Cet accès de la forêt du Mans suscite quelques difficultés d'interprétation diagnostique. La discussion du problème ne dépasse pas cependant des limites assez étroites et assez précises. D'une part, cet épisode, par plus d'un point, ressemble aux accès ultérieurs : agitation motrice et psychique, déjà évidente les jours précédents, tendances clastiques très violentes, telles qu'on les retrouvera, d'une manière invariable, dans toutes les autres crises. Mais, par ailleurs, on voit revenir, dans la description de cet accès par les contemporains, des termes tels que : fièvre et chaude maladie, qui rappellent certains éléments de l'affection d'Amiens. En dehors des symptômes d'excitation, qu'on peut rapporter à la manie, le tableau morbide, par certains traits, ressemble singulièrement à la crise hallucinatoire, anxieuse et désordonnée des épisodes délirants subaigus, d'origine toxique : les troubles sensoriels, les terreurs, la fugue, la chevauchée furieuse contre des ennemis imaginaires, l'inconscience, la fièvre, l'épuisement consécutif allant jusqu'au collapsus, et enfin l'amnésie ultérieure des faits de la crise, représentent des symptômes classiques des accidents cérébraux subaigus qui surviennent au cours des psychoses toxiques, à forme confusionnelle, et tels qu'on peut les observer dans l'alcoolisme, l'insolation, le surmenage, etc... C'est le mérite d'A. Brachet, d'avoir insisté sur l'importance diagnostique de cet élément de confusion mentale, jusqu'alors méconnu dans la folie du Roi par les aliénistes eux-mêmes. On conçoit qu'un tel accès, survenant après celui d'Amiens, ait pu donner à cet historien l'impression d'un état confusionnel continu avec paroxysmes, d'une sorte de confusion mentale à répétition. Mais, les prodromes mêmes de cet accès, aussi bien que son évolution ultérieure, semblent prouver que, dans le tableau morbide, deux ordres de symptômes se sont superposés et comme enchevêtrés. Cette association clinique d'éléments maniaques et confusionnels s'explique par la prédisposi-

tion à la manie que démontre la biographie du Roi, et, d'un autre côté, par des conditions accidentelles d'auto et d'hétéro-intoxication, dont il est difficile de préciser l'importance et la nature, mais qu'on peut, selon toute vraisemblance, rapporter à la fatigue, la chaleur et l'insolation, et peut-être aussi à un appoint alcoolique : on sait, en effet, que Charles VI était buveur, et il est probable que, par ce jour de grande chaleur, il avait, sous l'influence de l'excitation maniaque, commis quelques excès de boisson.

La série des accès suivants présente une symptomatologie plus franche, dégagée de tout élément confusionnel, et qui justifie pleinement l'opinion de tous les aliénistes sans exception, qui ont porté sur la maladie du Roi le diagnostic d'excitation maniaque. Agitation psychique et motrice, cris, chants, gestes obscènes, tendances clastiques particulièrement développées, voilà bien le tableau de la fureur maniaque, telle que l'ont décrite les plus anciens auteurs.

Cette manie possède un autre caractère, qui avait frappé les contemporains, et dont les travaux de Baillarger et de Falret devaient rendre l'interprétation facile à des aliénistes tels que Moreau de Tours et Legrand du Saulle : ce caractère, c'est l'intermittence. La folie du Roi présente tous les traits de la manie intermittente : début et cessation brusques, répétition monotone et presque identique des mêmes accidents, intervalles de lucidité relative, pendant lesquels subsistent de l'instabilité de l'humeur, des désordres psychiques multiples et transitoires, sans affaiblissement intellectuel véritable, évolution plutôt vers la chronicité que vers la démence, et, au bout de trente années, malgré la fréquence croissante d'accès subintrants, conservation remarquable de la conscience, de la critique personnelle et du jugement.

Mais, la maladie ne se réduit pas à de la manie intermittente. On y trouve, survenant également par accès, les éléments de la dépression psychique : abattement, tristesse, craintes, mutisme, inertie psychique et motrice, idées délirantes pénibles. Ces symptômes d'aspect mélancolique,

semblent avoir prédominé au cours de l'accès de 1405. Il est même probable que ces éléments d'excitation et de dépression se sont souvent associés dans le tableau morbide des mêmes crises, réalisant ainsi le syndrome de l'état mixte, dont il est intéressant d'entrevoir ici l'observation rétrospective. Ainsi l'interprétation du cas individuel de Charles VI bénéficie des progrès que la notion nouvelle des états mixtes, formulée par Kræpelin, et vulgarisée en France par Deny et Camus, a introduits en psychiâtrie.

En résumé, le diagnostic de la folie de Charles VI peut, dans l'état actuel de nos connaissances, s'énoncer dans les propositions suivantes :

Déséquilibration constitutionnelle de l'émotivité et de la volonté. *Psychose intermittente, à prédominance d'accès maniaques*, avec états mixtes. Apparition épisodique, à la suite d'incidents infectieux ou toxiques, de *crises confusionnelles* et anxieuses, de courte durée, dont les éléments se sont combinés à ceux de l'excitation maniaque. C'est par cette association morbide que s'explique, dans sa symptomatologie complexe et dramatique, la scène fameuse de la forêt du Mans.

Ainsi, grâce aux acquisitions récentes qu'elle a réalisées dans le domaine des psychoses toxiques et de la folie intermittente, la psychiâtrie moderne peut reconnaître, dans la riche documentation des chroniqueurs et des textes d'archives, les éléments familiers de son observation quotidienne et s'efforcer de résoudre le problème historique de la folie de Charles VI.

CHAPITRE VI

LA MÉLANCOLIE
DU PEINTRE HUGO VAN DER GOES

LA MÉLANCOLIE
DU PEINTRE HUGO VAN DER GOES

Les historiens et les critiques d'art, qui ont étudié la peinture flamande primitive, ont tous fait ressortir la personnalité puissante et originale d'un des maîtres de cette école, Hugo van der Goes, connu sous le nom de Schilder van Brugghe, élève de Van Eyck, qui florissait à Gand de 1468 à 1478.

Tous ont également signalé les lacunes, les incertitudes de la biographie et de l'œuvre de cet artiste, dont on ignore le véritable lieu de naissance (Gand, Leyde, Zélande), les origines, la formation, et dont la liste des travaux authentiques n'est pas possible à établir avec exactitude.

C'est aux recherches d'Alphonse Wauters (2) que l'histoire de l'art doit les documents les plus intéressants sur la personnalité d'Hugo van der Goes. Dans son livre sur les primitifs flamands, Fierens Gevaert (3) cite et confirme les études de Wauters et les illustre de nombreuses reproductions des peintures originales et des copies du maître.

Au milieu des incertitudes et des obscurités de la biographie d'Hugo van der Goes, une notion se dégage avec pré-

(1) Article publié en collaboration avec Devaux, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 5, 1910.

(2) Alphonse Wauters. L'histoire de notre première école de peinture cherchée dans les meilleures sources. *Bulletin de l'Académie Royale de Belgique*, 2e Série, T. XV, n° 5 (1863); Hugues Van der Goes, Bruxelles, 1872.

(3) Fierens Gevaert. Les Primitifs flamands, Bruxelles 1909.

cision et clarté de l'étude des documents : c'est l'existence de troubles mentaux, dont l'apparition eut lieu à une époque bien déterminée de sa vie, et dont la forme, les caractères et la durée permettent à l'aliéniste de se prononcer sur la nature de la maladie et d'en formuler le diagnostic. En général, lorsqu'un personnage historique à présenté des signes de folie, le psychiâtre, malgré la richesse et la précision des documents relatifs à l'histoire de ce personnage, est souvent fort embarrassé pour déterminer la nature exacte des troubles psychiques en cause, et pour formuler un diagnostic rétrospectif indiscutable. Dans le cas présent, au contraire, ce sont les documents relatifs à la folie d'Hugo van der Goes qui sont peut-être, de sa biographie, les plus précis et les plus explicites. Aussi bien les conclusions les plus fermes qu'on puisse tirer de l'histoire du peintre sont d'ordre psychiâtrique et permettent d'affirmer la nature de l'affection dont il a souffert.

Tirer de documents anciens, dus à des témoins incompétents, les éléments d'un diagnostic certain, est une occasion rare dans la Médecine de l'Histoire. Elle valait la peine d'être signalée.

Les éléments de ce diagnostic sont contenus dans une vieille chronique de la fin du quinzième siècle, intitulée : *Originale Nobu Rubeevallis in Zonia prope Bruxellam in Brabantia*, due à Gaspar Ofhuys, de Tournai. Alp. Wauters, qui tenait cette chronique du chevalier Camberlyn d'Amouges, eut le mérite de mettre au jour ce précieux document, qu'on trouve reproduit dans l'ouvrage de Fierens Gevaert.

Voici, avec les commentaires psychiâtriques qu'il suggère, le texte de la chronique :

« En l'an du Seigneur 1482 mourût le frère convers Hugues, qui avait fait ici profession. Il était si célèbre dans l'art de la peinture, qu'en deçà des monts (ou des Alpes) comme on disait, on ne trouvait en ce temps-là personne qui fût son égal. Nous avons été novices ensemble, *lui et moi, qui écris ces choses*. Lorsqu'il prit l'habit, et pendant son noviciat, parce qu'il avait été bon plutôt que puissant parmi les séculiers, le père

prieur Thomas lui permit mainte consolation mondaine, de nature à le ramener aux pompes du siècle plutôt qu'à le conduire à l'humilité et à la pénitence. Cela plaisait très peu à quelques-uns : « On ne doit pas, disaient-ils, exalter les novices, mais les humilier. » Et comme Hugues excellait à peindre le portrait des grands, ceux-ci, même le très illustre archiduc Maximilien, se plaisaient à le visiter, car ils désiraient ardemment voir ses peintures. Pour recevoir les étrangers qui lui venaient dans ce but, le père prieur Thomas autorisa Hugues à monter à la chambre des hôtes et à y banqueter avec eux : « *pater Thomas prior eum permittebat hospitum cameram ascendere et ibidem cum illis convivari* ».

Ces premières lignes du document montrent que le chroniqueur Gaspar Ofhuys fut témoin oculaire, et constamment présent, des faits qu'il raconte. A cet égard, le témoignage du frère convers prend une valeur de premier ordre. De plus, on peut induire de ce récit qu'Hugo van der Goes prit l'habit monacal sous l'influence d'un changement de tendances et de sentiments qui, précédant de quelques années seulement la mélancolie confirmée qui allait l'atteindre, appartient aux prodromes de la maladie en voie de développement. Cependant, nous voyons que la dépression psychique n'était pas assez marquée pour entraver l'activité professionnelle du maître, puisque celui-ci recevait, par permission spéciale, ses modèles et ses admirateurs.

« Quelques années après sa profession, au bout de cinq à six ans, notre frère convers, si j'ai bonne mémoire, se rendit à Cologne, en compagnie de son frère utérin Nicolas, qui était entré comme oblat à Rouge-Cloître et y avait fait profession, du frère Pierre, chanoine régulier du trône et qui demeurait alors au couvent de Jéricho, à Bruxelles, et de quelques autres personnes. Comme je l'appris alors du frère Nicolas, pendant que Hugues revenait de voyage, il fut frappé d'une maladie mentale. Il ne cessait de se dire damné et voué à la damnation éternelle, et aurait voulu se nuire corporellement et cruellement s'il n'en avait été empêché de force, grâce à l'assistance des personnes présentes. Cette infirmité étonnante jeta une grande tristesse sur la fin du voyage ».

Ce passage révèle l'éclosion assez brusque de l'affection mélancolique dont fut frappé Hugo au retour de Cologne. Il ne peut exister aucun doute, après une description si concise et si nette, sur la nature mélancolique de

l'accès morbide : idées de culpabilité, de damnation, d'automutilation, monotonie du délire.

« On parvint toutefois à atteindre Bruxelles, où le prieur fut immédiatement appelé. Celui-ci soupçonna Hugues d'être frappé de l'affection qui avait tourmenté le roi Saül, et, se rappelant comment il s'apaisait lorsque David jouait de la cithare, il permit de faire de la musique en présence du frère Hugues, et d'y joindre d'autres récréations de nature à dominer le trouble mental du peintre (1).

« Malgré tout ce que l'on put faire, le frère Hugues ne se porta mieux, mais persista à se proclamer un enfant de perdition. Ce fut dans cet état de souffrance qu'il entra au couvent. L'aide et l'assistance que les frères choraux lui procurèrent, l'esprit de charité et de compassion dont ils lui donnèrent des preuves nuit et jour en s'efforçant de tout prévoir, ne s'effacera jamais de la mémoire. Et cependant, plus d'un et les grands exprimaient une toute autre opinion. »

On voit que le malheureux Hugues, dès sa rentrée au couvent, eut à subir, comme presque tous les mélancoliques, les excès de zèle d'un entourage empressé et incompétent, notamment la tentative de mélothérapie que le prieur, au nom de ses souvenirs bibliques, crut devoir instituer auprès de son malade : tentative inutile, car l'affection mélancolique persista, en dépit d'une sollicitude aussi active.

« On était rarement d'accord sur l'origine de la maladie de notre frère convers. D'après les uns, c'était une espèce de frénésie. A en croire les autres, il était possédé du démon. Il se révélait, chez lui, des symptômes de l'une et de l'autre de ces affections; toutefois, comme on me l'a fréquemment répété, il ne voulut nuire à personne qu'à lui-même pendant tout le cours de sa maladie. Ce n'est pas là ce que l'on dit des frénétiques ni des possédés; mais, à mon avis, Dieu seul sait ce qui en était : « *Credo Deus solus novit.* »

« Nous pouvons envisager de deux manières la maladie de notre convers. Disons d'abord que ce fut sans doute une frénésie naturelle et d'une espèce particulière. Il y a, en effet, plusieurs variétés de cette maladie, qui sont provoquées, les unes par des aliments portant à la mélancolie, les autres par l'absorption de vins capiteux, qui brûlent et incinèrent les humeurs ;

(1) E. Wauters, neveu de A. Wauters, s'est inspiré de ce passage pour représenter dans un tableau cet essai de traitement par la musique sacrée de la mélancolie du peintre. Le tableau est au musée de Bruxelles. Dans une étude sur : Les Fous dans l'Art, parue en 1907, G. Portigliotti a reproduit cette peinture, avec quelques commentaires sur le rôle thérapeutique de la musique chez les aliénés.

d'autres encore, par l'ardeur des passions, telles que l'inquiétude, la tristesse, la trop grande application du travail et la crainte; les dernières enfin par l'action d'une humeur corrompue, agissant sur le corps d'un homme déjà disposé à une infirmité de ce genre. Pour ce qui est des passions de l'âme, je sais, de source certaine, que notre frère convers y était fortement livré. Il était préoccupé à l'excès de la question de savoir comment il terminerait les œuvres qu'il avait à peindre, et qu'il aurait à peine pu finir, comme on le disait, en neuf années. Il étudiait très souvent un livre flamand. Pour ce qui est du vin, il buvait avec ses hôtes, et l'on peut croire que cela aggrava son état. Ces circonstances purent amener les causes qui, avec le temps, produisirent la grave infirmité dont Hugues fut atteint.

« D'autre part, on peut dire que cette maladie arriva par la très juste providence de Dieu, qui comme on le dit est patient, mais agit avec douceur à notre égard, voulant que nul ne succombe, mais que tous puissent revenir à résipiscence. Le frère convers dont il est question ici, avait acquis une grande réputation dans notre ordre; grâce à son talent, il était devenu plus célèbre que s'il était resté dans le monde. Et, comme il était homme de la même nature que les autres, par suite des honneurs qui lui étaient rendus, des visites, des hommages qu'il recevait, son orgueil se sera exalté; et Dieu, qui ne voulait pas le laisser succomber, lui aura envoyé cette infirmité dégradante, qui l'humilia réellement d'une manière extrême. Lui-même, aussitôt qu'il se porta mieux, le comprit; s'abaissant à l'excès, il abandonna de son gré notre réfectoire et prit modestement ses repas avec les frères lais.

« J'ai eu soin de donner tous ces détails, Dieu ayant permis ce qui précède, comme je le pense, non seulement pour la punition du péché, ou la correction et l'amendement du pécheur, mais aussi pour notre édification. Cette infirmité survient à la suite d'un accident naturel. Apprenons par là à réfréner nos passions, à ne plus leur permettre de nous dominer; sinon, nous pouvons être frappés d'une manière irrémédiable. Ce frère, en qualité d'excellent peintre, comme on le qualifiait alors, était livré, par un excès d'imagination, aux rêveries et aux préoccupations ; il a été par là atteint dans une veine près du cerveau. Il y a, en effet, à ce que l'on dit, dans le voisinage de ce dernier, une veine petite et délicate, dominée par la puissance créative et de rêverie. Quand, chez nous, l'imagination est trop active, que les rêves sont fréquents, cette veine est tourmentée, et, si elle est tellement troublée et blessée qu'elle vient à se rompre, la frénésie et la démence se produisent. Afin de ne pas tomber dans un danger aussi fatal et sans remède nous devons donc arrêter nos rêves, nos imaginations, nos soupçons, et les autres pensées vaines et inutiles, qui peuvent troubler notre cerveau. Nous sommes des hommes, et ce qui est arrivé à ce convers par suite de ses rêveries et de ses hallucinations, ne peut-il pas non plus nous survenir ? »

Dans les lignes précédentes se manifeste, avec abondance et ingénuité, la fureur de théories pathologiques qui caractérise toutes les médecines primitives. On peut reconnaître deux grands modes d'explication de la folie du peintre, parmi son entourage. Pour les uns, Hugo van der Goes est atteint d'une affection mentale d'origine organique et d'étiologie, pour ainsi dire, humaine, de frénésie. Pour les autres, le peintre souffre d'un mal d'origine diabolique et d'étiologie divine : il est possédé du démon. Les partisans de la frénésie invoquent les vices de l'alimentation, les excès alcooliques, le surmenage moral, l'intoxication des humeurs. G. Ofhuys penche pour le désordre de la circulation cérébrale, causé par la lésion d'une certaine veine, dont les rapports anatomiques ne sont d'ailleurs indiqués qu'avec « la puissance créatrice et de rêverie ».

Ceux qui croient à l'intervention divine, invoquent la punition que Dieu inflige à l'orgueil du maître, les voies de sa pénitence et de son amendement, et enfin l'édification de l'entourage du malheureux pécheur.

Toute cette pathogénie du moyen âge est caractérisée par l'ignorance des faits naturels, normaux et pathologiques ; par la hardiesse et l'inanité des hypothèses ; enfin, par l'intervention constante de théories mystiques dans l'explication des maladies.

Quatre cents ans après G. Ofhuys, un éminent critique d'art, Alphonse Wauters, dans le livre que nous avons déjà cité, reprenait l'étude de la biographie et de l'œuvre de Hugo van der Goes et émettait un jugement, intéressant à reproduire ici, sur les causes de l'éclosion et de la persistance des troubles psychiques chez le grand artiste.

Après avoir rappelé la mort de cette jeune femme, originaire de Gand, que le peintre avait aimée et représentée sous les traits d'Abigaïl s'avançant à la rencontre de David, dans un de ses tableaux les plus connus ; puis la solitude, la tristesse, et la retraite au Prieuré, en 1476, de Hugo van der Goes, Alphonse Wauters s'exprime ainsi :

« Dans le cadre poétique du cloître, le peintre aura senti se réveiller ses ardeurs d'autrefois... et sa raison aura succombé dans la lutte entre ses nouveaux devoirs et le souvenir d'affections mal éteintes, réveillées par ses occupations mêmes.

« Autorisé dans le cloître à recevoir les laïques, les hôtes, etc., le peintre y menait une existence mixte, tantôt pleine de calme et de mélancolie, tantôt bruyante et dissipée. Le chroniqueur van Opstal, cherche en vain dans les préoccupations de l'artiste, avide de terminer ses travaux, dans ses lectures constantes, dans la colère divine, dans des repas trop copieux, le secret de la folie de Hugues. Une autre passion en fut sans doute la cause principale; mais, on le comprend, cette cause resta le secret du malheureux; ou, si elle se découvrit, ne put être proclamée dans un cloître, ni mentionnée dans une chronique monastique. »

Wauters exprime donc l'opinion formelle que Hugues devint mélancolique par suite, non pas précisément de la mort de sa femme, décédée au moins cinq à six ans avant l'éclosion de l'accès de Cologne, mais à cause de la hantise obsédante du souvenir de sa femme, provoqué et entretenu par la fréquentation des laïques, la culture de son art et la persistance, au moins dans une certaine mesure, de ses attaches avec le monde extérieur.

« Le séjour de Rouge-Cloître ne fut pas sans influence sur la destinée de l'artiste. Le site est magnifique; le couvent vivait sous une discipline sévère : la nouvelle demeure de Hugues aurait dû exercer sur sa santé et sa raison une influence bienfaisante. Mais la solitude n'est salutaire qu'à ceux qui ont complètement rompu avec les plaisirs du monde, et qui n'y emportent pas, comme un ulcère rongeur, des souvenirs à la fois tendres et cruels. Les pratiques régulières de la vie religieuse amortissent les passions; mais ces dernières ne s'éteignent pas chez ceux qui reviennent prendre place à des banquets savoureux, et qui revivent le souvenir des plaisirs de la jeunesse, en retraçant les traits d'une femme aimée, cette femme fût-elle pieuse et modeste, comme celle que Hugues se plaisait à peindre. »

Dans d'autres passages de son mémoire, Wauters analyse les caractères de la folie du maître flamand. Il rattache le désespoir et la crainte de la justice divine, chez le malade, au sentiment de sa culpabilité, et aux remords que Hugues éprouvait de n'avoir pas lutté contre ses passions. Il attribue les idées de suicide au déchirement intérieur du malheureux moine, engagé dans une voie sans issue

entre la vie monastique à laquelle il ne pouvait se plier, et les sentiments profanes qu'il se reprochait.

De même, Wauters prétend que c'est sous l'influence du découragement que le peintre se décida à quitter le réfectoire et à aller prendre ses repas avec les plus humbles frères de la communauté.

Nous ne nous attarderons pas ici à faire la critique facile des opinions de Wauters sur l'étiologie et la pathogénie des troubles psychiques présentés par Hugo van der Goes. S'il est naturel de retrouver, dans une chronique du quinzième siècle, sous la plume de G. Ofhuys, la naïve et complexe pathogénie de la Médecine du moyen âge, il est intéressant de constater que, dans un livre qui date de 1872, un auteur moderne s'efforce de rattacher au souvenir d'anciennes amours et à la fréquentation du monde laïque, l'éclosion d'une maladie aussi connue et aussi classique que la mélancolie. Le critique moderne n'invoque plus l'intervention de Dieu ni du diable ; il n'émet plus des hypothèses aussi compliquées et aussi extravagantes que le médecin du quinzième siècle. Mais il ignore les progrès de la science médicale ; et, appliquant indûment les lois de la psychologie normale au fonctionnement du cerveau malade, il s'efforce d'expliquer l'apparition et la forme des accidents mélancoliques, par les causes banales qui engendrent chez l'homme normal la tristesse et le désespoir. C'est d'ailleurs là un vice de raisonnement commun non seulement à tous les gens du monde, mais aussi aux médecins qui n'ont pas l'expérience des maladies mentales. Si, en effet, les profanes reconnaissent leur ignorance de la médecine, lorsqu'il s'agit de médecine ordinaire, ils se réservent, par contre, le droit d'exprimer leur opinion et de prodiguer leurs conseils, lorsqu'il s'agit de médecine de l'esprit. Il ne faut voir dans cette habitude de jugement qu'un vestige des doctrines spiritualistes et une conséquence des idées relatives à la distinction de l'âme et du corps.

Cette critique comparée de deux textes distants de quatre siècles, et tous deux consacrés à la folie du même person-

nage historique, démontre qu'en dépit des progrès généraux de la science, tendent toujours à persister, dans la relation et le commentaire des maladies mentales, les mêmes vices et les mêmes erreurs de méthode : l'explication substituée à la description, l'interprétation des faits remplaçant leur exposition, enfin l'observation objective sacrifiée à l'appréciation subjective des choses.

CHAPITRE VII

LES PERVERSIONS INSTINCTIVES

La Pathologie des instincts présente de multiples rapports avec celle de l'émotivité. C'est à l'occasion de la satisfaction ou de la non-satisfaction des instincts que les émotions se manifestent ; et l'existence d'instincts anormaux entraîne celle d'émotions anormales, quant à leur objet d'abord, et, le plus souvent aussi, quant à leur aspect clinique.

Nous reproduisons ci-contre le rapport célèbre présenté par Dupré, au Congrès de Tunis (1912), sur les Perversions instinctives.

Prenant le « pervers » au berceau, Dupré montre l'éclosion précoce des mauvais instincts, antérieurs à l'éducation, qui ne peut leur imposer tout au plus qu'un masque d'hypocrisie ; il nous fait assister, à travers une existence mouvementée et irrégulière, à ce qu'il appelle l' « odyssée du pervers », « fléau » de ceux qui l'entourent et de la société tout entière : fléau de famille, fléau d'école, fléau d'atelier, fléau de caserne, etc. Dupré réclamait des mesures de protection sociale énergiques contre les pervers instinctifs ; car il a toujours réprouvé le faux humanitarisme, qui, sous des prétextes d'indulgence et de pitié, risque trop de sacrifier l'honnête homme au pervers, l'homme sain au malade et l'homme raisonnable à l'aliéné.

LES PERVERSIONS INSTINCTIVES

Le terme de *perversions instinctives* est un des plus fréquemment usités dans le langage psychiâtrique. On le rencontre couramment dans les observations cliniques, les rapports médico-légaux et les certificats d'internement relatifs aux enfants anormaux, à beaucoup de débiles, à certains inculpés, ou à des aliénés affectés de tendances vicieuses constitutionnelles. Or, si l'on parcourt la bibliographie courante de l'aliénation mentale, si l'on consulte les grands traités de psychiâtrie, on ne trouve aucun ouvrage, aucun chapitre consacré, sous ce titre, à ce sujet. Il s'agit pourtant, en l'espèce, de troubles psychiques de la plus haute importance pratique et du plus grand intérêt social, depuis longtemps connus et étudiés par les aliénistes, mais exposés par les auteurs en des chapitres séparés, sous des rubriques diverses, à l'occasion des variétés de la débilité ou de la dégénérescence mentales, de la folie morale, des troubles du caractère, etc....

Aussi, ne paraît-il pas sans utilité de tenter l'esquisse nosographique de ces syndromes, si importants en clinique et en médecine légale, et de proposer à nos discussions la définition, le dénombrement et l'étude analytique des perversions instinctives.

Aperçu historique

N'ayant pas à exposer ici l'histoire de la notion des *perversions instinctives*, je me dispenserai de toute indi-

cation bibliographique et me bornerai à marquer, dans ses grandes lignes et ses principales étapes, l'évolution générale de ce concept, depuis son origine, relativement récente, jusqu'à l'époque actuelle, cent ans après son introduction dans le cadre de la psychiâtrie.

C'est à Pinel que semble remonter la paternité de la notion étiologique et clinique des *perversions instinctives* et de l'introduction du vocable *perversion* dans la terminologie psychiâtrique. Dans son *Traité médico-psychologique sur l'aliénation mentale, en* 1809, il publie, sous le titre de *Manie sans délire*, les observations de trois malades, atteints d'ailleurs d'affections différentes, mais exempts de troubles des sens et de l'intelligence, qu'il déclare n'offrir aucune lésion de l'entendement, mais être dominés par une sorte d'*instinct de fureur*, « comme si les facultés affectives seules avaient été lésées » et présenter une espèce d'aliénation, dont les premières nuances peuvent provenir d'une éducation nulle ou mal dirigée, ou bien d'un *naturel pervers et indisciplinable*.

Sans s'attarder à suivre, dans la fluctuation de leur cours et la variété de leur expression, les théories des aliénistes qui reprirent, pour l'adopter, l'élargir ou la rejeter, la doctrine de Pinel, on peut faire œuvre plus intéressante, en recueillant chez les principaux auteurs du dix-neuvième siècle les observations et les commentaires relatifs aux troubles psychiques signalés par Pinel, et rapportés par lui à la perversion des instincts et des seules facultés affectives.

Quelques citations suffiront à montrer quelle claire notion possédaient, de l'existence et de la nature des perversions instinctives, la plupart des aliénistes, dès le début du dernier siècle.

L'un d'eux, Benjamin Rusch, remarquable d'ailleurs par l'originalité et la précision de ses vues, termine son mémoire, qui date de 1812, intitulé *Of derangement in the moral Faculty*, par ces conclusions : « Dans tous ces cas de dépravation morale innée, contre nature, existe probablement une organisation originelle défectueuse de ces

parties du corps qui sont occupées par les facultés morales de l'esprit. » Et il ajoute : « Quant à la responsabilité de ces sujets, je me sens incapable de la déterminer. »

Grohmann, en 1819, établit un judicieux parallèle entre l'idiotie morale, l'idiotie intellectuelle et l'idiotie volontaire, montre que les anomalies du sens moral se traduisent, non dans la connaissance et l'intellectualité, mais dans la conduite des sujets, et distingue même, dans le déterminisme des délits et des crimes, l'insuffisance primitive du sens moral et les lésions de la volonté.

Georget, en 1825, conclut de l'étude des célèbres affaires de Léger, Feldmann, Papavoine, etc... « Je ne doute point que de pareils êtres ne soient de véritables aliénés. Il y a chez eux une épouvantable perversion morale. Ces infortunés sont atteints de la manie sans délire de M. Pinel... Il semble donc vrai que l'homme peut être doué de penchants naturels atroces, qui sont la source de crimes inouïs... Mais les exemples de cette perversité native dans les goûts et les penchants sont heureusement très rares... »

Prichard, en 1835, isole une forme particulière de folie, sous le nom de *moral insanity*, caractérisée par une perversion morbide des sentiments naturels, des affections, des inclinations, du tempérament, des habitudes et des dispositions morales, sans trouble notable des perceptions, de l'intelligence et du raisonnement.

Esquirol, en 1838, décrit des malades qui « disent et font le mal par malice, par désœuvrement, par méchanceté ; incapables d'attention, ennemis du travail, ils bouleversent, cassent, déchirent. La perversion du caractère en fait des fléaux pour leur famille, pour les maisons dans lesquelles ils sont réunis ».

Morel, en 1860, range dans les deuxième et troisième classes de ses *folies héréditaires*, les aliénations dégénératives caractérisées par le délire des sentiments et des actes, avec conservation apparente des facultés intellectuelles, et étudie sous le nom de « manie instinctive » les dispositions innées pour le mal, les défectuosités essen-

tielles de l'affectivité et de la moralité, les manifestations d'instincts dépravés et cruels, etc...

Trélat, en 1861, consacre, dans sa *Folie lucide,* un chapitre aux méchants, « aliénés lucides ayant conscience de tout ce qu'ils font, qui ne sont occupés qu'à préparer et à commettre de mauvaises actions ».

Marcé, en 1862, distingue, parmi les variétés de ses *intelligences anormales,* qu'il situe hiérarchiquement au-dessus de l'imbécillité, une « forme d'aliénation mentale congénitale, qui se traduit dès la jeunesse par une indocilité excessive au travail et par l'apparition précoce des plus mauvais instincts... Le médecin qui examine ces malades de près, qui a suivi leurs actes et leur conduite, a bien vite reconnu, derrière cette perversité tenace, un véritable état morbide, rebelle à tous les moyens de traitement ».

J. Falret, en 1866, au cours de la célèbre discussion sur la *folie raisonnante*, mise à l'ordre du jour de la Société médico-psychologique, après avoir protesté contre la séparation artificielle des facultés de l'âme, et proclamé la solidarité, à l'état physiologique comme à l'état pathologique, de toutes les formes d'activité psychique, reconnaît l'existence des faits signalés par les précédents auteurs, sous les termes défectueux de manie sans délire, de délire des actes, de folie morale, etc...

« Certains sujets, à côté de facultés affectives normalement développées, présentent des instincts pervers, des sentiments dépravés, des penchants violents et incoercibles ; ils se sont livrés à des actes tout à fait étranges, dénotant une mauvaise nature ou une absence complète du sens moral. »

Delasiauve, après avoir critiqué également les mêmes termes, déclare que les faits auxquels ils s'appliquent n'en existent pas moins, et classe dans la première variété de sa « pseudo-monomanie » ou de son délire partiel diffus, ces types de perversions sentimentales, affectives, instinctives, en qui, sous le couvert du raisonnement possible,

semble s'être incarné le génie de l'instabilité, de l'exagération, de la malfaisance ».

Brierre de Boismont (1866), donne comme conclusions à son étude sur le même sujet: « La folie raisonnante a pour caractères tranchés le délire des actes, contrastant avec les paroles sensées, et les mauvaises tendances instinctives... Ces aliénés sont pour la plupart enclins à mal faire. Les délations calomnieuses, anonymes, les complots, la fausseté dans les écrits, le mensonge sous toutes ses formes, le déshonneur, la ruine, le suicide, les accusations de violences corporelles, de faux, de vol, d'attentats aux mœurs, les homicides, les procès en détention arbitraire, les demandes en dommages-intérêts, sont les actes des fous raisonnants. »

Despine, en 1875, dans ses études sur la perversité, montre que celle-ci, naturelle à l'homme, reste latente et inefficace à l'état normal, parce qu'elle est victorieusement combattue dans ses inspirations par les bons sentiments et le sens moral. Mais ces heureuses influences antagonistes cessent de s'exercer chez les anormaux dépourvus de conscience morale, de tendances généreuses et enfin du sens de l'intérêt personnel bien entendu : prudence, prévoyance, crainte des châtiments. Il fournit, à l'appui de cette thèse, des observations fort intéressantes de perversité morale.

Maudsley, en 1888, proclame, dans ses études sur le crime et la folie, l'existence d'un « certain désordre de l'esprit, sans délire, sans illusions, sans hallucinations, dont les symptômes consistent principalement dans la perversion des facultés mentales, appelées communément facultés actives et morales, les sentiments, les affections, les penchants, le caractère, les mœurs et la conduite. La vie affective de l'individu est profondément dérangée ; et ce dérangement se montre dans sa manière de sentir, de vouloir et d'agir. Le sujet a perdu l'instinct le plus profond de l'être organisé, celui en vertu duquel tout organisme s'assimile ce qui peut contribuer à son développement et à son bien-être ; et il ne déploie à la place que des penchants pervers, dont toutes les tendances aboutissent

à la destruction. Cette aliénation de ses penchants dénote une réelle aliénation de sa nature ». Maudsley insiste plus loin sur le caractère inné de ces perversions instinctives dans les lignes suivantes : « Quand on voit de jeunes enfants, longtemps avant qu'il leur soit possible de savoir en quoi consistent et le vice et le crime, s'adonner aux vices les plus exagérés ou commettre les crimes les plus effroyables avec une facilité instinctive et comme par une propension au mal inhérente à leur nature ; quand on s'assure que ces enfants sont les victimes d'une folie héréditaire, et quand enfin l'expérience prouve que le châtiment n'a sur ces jeunes êtres aucune action réformatrice, qu'ils ne peuvent pas se refaire ; il est certes prouvé que l'imbécillité morale est un fait, et que le châtiment n'en est point le remède et le traitement le plus convenable. »

Il est inutile de multiplier ces citations, et de poursuivre plus loin cette enquête sur la réalité des faits cliniques, l'accord des aliénistes sur la notion des perversions instinctives et la variété des dénominations sous lesquelles ces perversions sont décrites et classées par les différents auteurs.

Tous les grands traités de psychiâtrie consacrent aux pervers instinctifs quelques lignes ou quelques pages, où ces anormaux sont présentés comme des dégénérés moraux, dont l'état mental est résumé par Régis dans la réunion des principaux stigmates suivants : *amoralité*, *inaffectivité*, *inadaptabilité*, *impulsivité*.

Dans le traité de Gilbert-Ballet, Arnaud a présenté de la folie morale le tableau le plus vivant et le plus complet ; et, dans leur livre sur les *Invalides moraux* (1910), Mairet et Euzière, de Montpellier, ont tenté une classification originale des différents états de perversité instinctive. Plus récemment encore, dans leur ouvrage : *Responsabilité pénale et Folie*, P. Dubuisson et A. Vigouroux (1911) ont publié, sur les perversions instinctives, une belle étude historique et médico-légale, inspirée de l'esprit positiviste, et remarquablement riche en documents et en commentaires personnels.

L'étude de ces textes démontre donc que, grâce à une documentation de plus en plus riche et à une critique de plus en plus rigoureuse, la notion des perversions instinctives se dégage, avec une netteté croissante, du chaos originel où les premiers observateurs l'avaient entrevue, et confondue avec les autres éléments de la déséquilibration psychique (émotivité, obsessions et impulsions, excitation maniaque, dépression mélancolique, épilepsie, paranoïa, etc.), susceptibles d'apporter, en dehors de tout délire, le trouble le plus grave dans la conduite des malades.

En effet, sous les vocables de « penchants innés », d' « inclinations natives », de « dépravation des instincts », de « folie d'action », de « délire des actes », de « manie instinctive », d' « idiotie ou de folie morale », de « perversions des sentiments », de « perversions morales », d' « immoralité constitutionnelle », d' « invalidité morale », etc., c'est toujours la même notion fondamentale qui est invoquée, sous la synonymie la plus expressive, par les auteurs, pour expliquer l'origine innée, la nature constitutionnelle, la durée permanente et le caractère irréductible des tendances que manifestent certains sujets à suivre une conduite anormale, à adopter des mœurs singulières, et surtout à commettre des actes préjudiciables à eux-mêmes et dangereux pour autrui, qui créent entre la loi pénale et ces êtres antisociaux un perpétuel état de conflit.

Ce conflit permanent se traduit, dans la vie des pervers instinctifs, par une délinquance à répétition et une criminalité fréquente. Aussi la prison est-elle, bien plus que l'asile, le lieu de sélection et d'observation de tels sujets, clients prédestinés de cette clinique pénitentiaire, d'où sortira quelque jour, par la collaboration des magistrats et des législateurs, l'œuvre de rénovation du droit pénal et des méthodes de défense sociale.

Si, en effet, au cours du siècle dernier, la psychiâtrie a dégagé, de l'étude des formes si variées de la dégénérescence mentale, la notion de la folie morale, l'anthropologie criminelle a, dès ses débuts, entrevu, dans le monde des délinquants qu'elle s'efforçait de classer, une catégorie

de sujets remarquables à la fois par la précocité, l'intensité et l'incorrigibilité de leurs aptitudes criminelles, et par le nombre et l'importance des anomalies dégénératives de leur morphologie et de leur mentalité. L'étude psychologique de ces récidivistes du délit et du crime démontrait, en effet, l'existence chez eux de la plupart des perversions instinctives caractéristiques de la folie morale.

Ainsi s'est constituée, dans l'esprit de Lombroso, la théorie du criminel-né et s'est développée, avec Ferri, Garofalo, etc., sous l'influence du professeur de médecine légale de Turin, l'école criminologique italienne, à qui l'on doit, malgré ses exagérations, ses faiblesses et ses erreurs, l'orientation scientifique des études modernes sur l'étiologie biologique et sociale du crime.

Sans entrer ici dans la critique de ces doctrines, il me faut indiquer la place assignée aux pervers instinctifs dans la classification des criminels proposée par l'école italienne. Lombroso, après avoir insisté sur les stigmates morphologiques du criminel-né, retrouva chez celui-ci les attributs de la folie morale et finit par assigner à son type criminel une série de caractères anatomiques, fonctionnels et psychologiques, parmi lesquels figurèrent en première place les perversions instinctives. Celles-ci, indépendantes du milieu social et des conditions extérieures, dominent et expliquent la conduite du criminel-né, porté ainsi par des causes endogènes puissantes à commettre un crime, dès que les conditions du milieu où il vit lui en fourniront la pensée et l'occasion. Aussi, est-ce parmi les pervers instinctifs que se recrutent les *criminels-nés* et les *criminels d'habitude*. Au contraire, les *criminels d'occasion*, victimes bien plus des conditions du milieu et des circonstances extérieures que des prédispositions personnelles et des tendances instinctives, sont pour la plupart des faibles et non des pervers. Quant aux criminels *passionnels*, ils se recrutent presque toujours parmi les déséquilibrés émotifs et impulsifs, exempts de perversions instinctives. Enfin, parmi les *aliénés criminels* et les *criminels aliénés*, on retrouve souvent, entre autres tares dégénératives, les lacu-

nes affectives et morales qui spécifient les sujets pervers non délirants.

Entre les grands groupes de cette classification, d'innombrables séries de cas d'espèce établissent des transitions insensibles, qui permettent de passer, par une graduation progressive, de l'homme normal au criminel-né.

Enfin, l'orientation élective vers tel ou tel genre de criminalité est déterminée, chez chaque sujet, par un ensemble de facteurs personnels et sociaux, que dominent la nature et l'intensité particulières des perversions instinctives et des anomalies de l'humeur et du caractère associées à ces perversions : excitation ou inertie, émotivité ou apathie, impulsivité et tendance aux violences, ou calme et maîtrise de soi, indocilité et esprit de révolte ou indifférence et passivité; mythomanie, instabilité, associations pathologiques et toxiques, etc...

Après cette revue sommaire des rapports de la notion des perversions instinctives et de la théorie de Lombroso, il est inutile d'insister ici sur le vice fondamental du vocable « criminel-né », qui n'a plus d'ailleurs aujourd'hui qu'un intérêt historique. La tendance à l'acte n'implique pas, en effet, la fatalité de l'action, et bien des amoraux à tendances perverses restent toute leur vie innocents de tout acte délictueux ou criminel.

En résumé, au terme de cette introduction historique, les perversions instinctives doivent nous apparaître comme les éléments majeurs de la débilité et de la déséquilibration affectives et morales, et comme les facteurs essentiels de la délinquance et de la criminalité à répétition.

Définition et classification des perversions instinctives

Après cette esquisse très sommaire de l'histoire de la notion des perversions instinctives, telle qu'elle ressort de l'étude des textes, il convient d'aborder la définition précise du terme de *perversions instinctives*. On doit entendre sous ce vocable les *anomalies constitutionnelles des tendances de l'individu, considéré dans son activité morale et sociale.*

Ces tendances sont dites *instinctives*, parce qu'elles sont, comme les instincts, primitives, spontanées, antérieures à l'apparition de la conscience et de l'intelligence, et qu'elles expriment, par leur nature, leur degré et leurs formes, le fond même de la personnalité. Ce sont elles que les anciens auteurs désignent sous ces termes expressifs, et éminemment justes, de penchants innés, d'inclinations natives, etc... Je rappelle ici que les tendances constitutionnelles de l'être normal, manifestations foncières et congénitales, d'ordre appétitif et affectif, de toute activité psychique, ont été l'objet d'une étude magistrale de Th. Ribot, dans sa *Psychologie des sentiments*. Je renvoie à cet ouvrage pour ne pas m'étendre davantage sur des notions classiques.

Les individus, considérés dans leur activité morale, manifestent, indépendamment de leur situation et de leurs intérêts, des tendances très différentes. Pour ne citer que des cas extrêmes, sans parler des innombrables degrés intermédiaires, les uns se montrent calmes, dociles, bienveillants, généreux, dévoués, altruistes; les autres apparaissent, au contraire, excitables, difficiles, hostiles, malins, envieux, égoïstes. Les premiers, certainement plus rares, ont une tendance naturelle à faire le bien autour d'eux : les seconds, au contraire, sont portés à faire le mal. Faire le bien, c'est réaliser intentionnellement la conservation et l'accroissement du bonheur d'autrui; faire le mal, c'est diminuer ou supprimer volontairement les conditions de ce bonheur, créer des occasions de souffrance, commettre des actes destructeurs. Or, si l'on remonte, dans l'évolution psychologique de l'indidivu, à l'origine de ces réactions, on constate, dans chacun de ces types extrêmes, le caractère constant et primitif de ces tendances. Inversement, si l'on suit le développement de l'individu, de sa naissance à l'âge adulte, on observe la permanence et la complexité croissante de ces penchants congénitaux.

De l'étude de l'ascendance et de la collatéralité des pervers instinctifs, se dégage avec évidence la notion de l'exis-

tence de tares névro-psychopathiques, généralement multiples et variées, dans l'hérédité de ces sujets. Les perversions instinctives représentent, dans la famille névropathique, un des éléments les plus fréquents, souvent d'ailleurs associé, chez le même sujet, à d'autres tares dégénératives. Parmi ces tares, les plus souvent observées sont les autres formes de débilité et de déséquilibration psychiques : débilité de l'intelligence, fréquemment sous forme d'infantilisme psychique et particulièrement de mythomanie et d'hystérie ; débilité de l'activité volontaire sous forme soit d'excitabilité, avec impulsivité, colère, indocilité, soit d'inertie et de paresse, d'incapacité d'effort, d'instabilité avec tendance au vagabondage; les troubles de l'émotivité et du caractère; la constitution paranoïaque, les alternatives d'excitation et de dépression; enfin, l'épilepsie, dans ses différentes modalités psychiques et motrices. On constate naturellement la fréquence, chez les pervers, des stigmates physiques et mentaux de la dégénérescence, et les marques plus ou moins spécifiques de l'hérédo-syphilis, de l'hérédo-tuberculose et surtout de l'hérédo-alcoolisme.

J'étudierai successivement les perversions de :

1° L'*instinct de conservation :* instincts personnels, égoïstes, relatifs à la vie de l'individu ;

2° L'*instinct de reproduction :* instincts sexuels, génésiques, relatifs à la vie de l'espèce;

3° L'*instinct d'association :* instincts collectifs, altruistes, relatifs à la vie de la société.

Etude clinique

Au début même de cette étude se pose la question préalable du nombre, de la nature et de l'importance relative des perversions instinctives.

L'activité biologique et morale de l'homme se manifeste par la mise en jeu de tendances qui ont pour effet d'assurer : d'une part, la conservation de l'organisme, d'autre part, la reproduction et la conservation de l'espèce, enfin l'adaptation de l'individu au groupe social dont la colla-

boration est indispensable à son complet développement. Ce sont là les grands instincts primitifs; et c'est en ce sens général et profond qu'il faut entendre le mot « instinct », lorsqu'on parle de perversions instinctives.

Il ne s'agit donc pas là d'instincts, au sens couramment usité en zoologie : il n'est pas question de ces séries d'actes automatiques, se succédant suivant un mécanisme préétabli, fixé par l'hérédité, à manifestations précoces, et destiné à assurer la conservation de l'individu et la reproduction de l'espèce (construction des nids, des ruches, des abris, poursuite des proies, etc...). Ces instincts, dont l'étude constitue un des problèmes les plus curieux de la psychologie animale, ne représentent en réalité que des chaînes de réflexes, des stéréotypies motrices à caractère fonctionnel précis, mises au service des tendances primitives de l'animal.

Ces tendances primitives déterminent chez l'individu des réactions principales, toujours à peu près semblables dans chaque espèce ; ces réactions principales se décomposent en séries de réactions secondaires, de plus en plus complexes, de plus en plus spécialisées, qui se traduisent, chez chaque individu, par des aptitudes, des goûts, des penchants, des inclinations électives, où se dessine en traits caractéristiques la personnalité individuelle. Par exemple, l'instinct fondamental de la conservation s'exprime, entre autres manifestations, chez beaucoup d'animaux et particulièrement chez l'homme, par l'instinct secondaire de la propriété; celui-ci offre les degrés les plus variables et les aspects les plus différents, suivant les races et suivant les individus.

L'avarice et la prodigalité peuvent être citées comme les formes opposées de la perversion de l'instinct de la propriété. Ce même instinct peut, lorsqu'il est perverti, revêtir des modalités pathologiques encore plus différenciées, dans leur électivité et leur exécution; telles, par exemple, que le collectionnisme pathologique, la tendance au vol.

Ainsi considérés, les grands instincts se manifestent nor-

malement sous la forme de tendances multiples et variées. Les perversions de ces tendances constituent précisément l'objet de cette étude.

Perversion de l'instinct de conservation

A l'instinct de conservation se rattache la nutrition, particulièrement l'alimentation (appétit), la possession des moyens matériels et moraux de l'existence (instinct de la propriété), enfin le sentiment de la personnalité, dans son importance, son extension et sa durée (égocentrisme, ambition, orgueil, vanité, etc.).

L'étude des déviations des appétits d'ordre alimentaire ne rentre que partiellement dans l'histoire des perversions instinctives, telles que je les ai définies. Les troubles de la plupart de ces appétits ne compromettent pas, en effet, l'activité morale de l'individu au sein de la société; il ne convient pas cependant de les passer sous silence, parce que quelques-uns d'entre eux appartiennent légitimement, par leurs conséquences éthiques et sociales, aux véritables perversions instinctives, et parce que tous peuvent s'y associer et témoigner ainsi de la solidarité, à l'état normal comme à l'état pathologique, de toutes les tendances organiques.

On observe fréquemment, chez les pervers instinctifs, surtout chez les grands débiles, des altérations variées de l'instinct de la faim sous forme de *voracité*, de *gloutonnerie*, de *tachyphagie*, de *boulimie* par accès; ou parfois d'*anorexie*, vraie ou simulée, avec refus de nourriture et alimentation à la dérobée; de *pica*, de *malacia*, de *coprophagie*, d'*ingestion de corps étrangers*.

Parmi ces perversions de l'appétit, il faut donner une place importante à la *gourmandise*, qui, dans ses degrés extrêmes, par l'intensité et la chronicité de ses incitations, peut entraîner le sujet à la délinquance, et se montre, par conséquent, nuisible non seulement pour l'individu, mais pour la société.

L'instinct de la soif, chez les mêmes sujets, peut présen-

ter des anomalies multiples : *polydipsie, potomanie, adipsie, goût électifs, bizarres ou répugnants.*

Aux perversions des appétits se rattache la tendance obsédante et impulsive à *l'usage de poisons*, sous forme d'inhalations, de prises, d'ingestions ou d'injections sous-cutanées. La plus commune de ces perversions des appétits est représentée par *l'ivrognerie* ou tendance à absorber, par ingestions répétées et massives, des boissons alcooliques ou essentielles. L'ivrognerie se confond par d'insensibles transitions avec la dipsomanie, dont elle représente souvent une variété chronique.

Sans insister ici sur la distinction, classique depuis Lasègue, entre l'ivrognerie et l'alcoolisme, je rappelle les différentes variétés de l'ivrognerie : l'*ivrognerie intermittente* ou *par accès*, qui confine à la dipsomanie; l'*ivrognerie occasionnelle*, qui engendre les ivresses épisodiques, parfois terribles dans leurs conséquences homicides ; enfin, l'*ivrognerie à répétition*, doublée d'alcoolisme chronique, l'ivrognerie des buveurs d'habitude. On rencontre souvent ces différentes variétés d'ivrognerie chez les hérédo-alcooliques; en pareil cas, le penchant à boire est remarquable par sa précocité, son irrésistibilité, son caractère vraiment constitutionnel.

A l'ivrognerie, à la dipsomanie, aux excès habituels de boisson, il faut ajouter, parmi les perversions des appétits, les différentes *toxicomanies*, qui, par la recherche obsédante et irrésistible de certains états de satisfaction artificielle, révèlent à la fois la perversion des appétits et l'impuissance de la volonté : l'appétit pour l'éther, l'hydrate de chloral, l'opium et ses dérivés, la cocaïne, le haschisch, etc., est assimilable à l'appétit de l'alcool, dont il représente un équivalent, suivant les variétés de pays, de mœurs, de classe sociale et de contagion morale.

Chacun de ces appétits engendre, par la consommation habituelle de poison, des accidents toxiques électifs, dont les plus intéressants, au point de vue de l'histoire des perversions instinctives, compromettent le sens moral et l'activité volontaire.

Les sentiments affectifs et moraux, l'énergie et la persévérance dans l'effort sont diminués, bien avant que l'intelligence soit affaiblie. La déchéance de la volonté s'accentue en un cercle vicieux, et par l'habitude, et par l'intoxication. Ces empoisonnements chroniques exagèrent les troubles du caractère, entretiennent l'excitation psychique, déchaînent l'impulsivité et sensibilisent, pour ainsi dire, les perversions des instincts, fréquemment associées, dans une commune étiologie, aux perversions des appétits.

L'instinct de conservation se manifeste non seulement par les appétits alimentaires, mais par les tendances à accroître le bonheur de l'organisme, à assurer le maintien et le développement matériels de la personnalité. Ces tendances s'expriment par l'*instinct de propriété*. Cet instinct, plus ou moins développé suivant les sujets, pousse normalement l'individu à s'approprier et à conserver les éléments nécessaires ou favorables à sa santé, à son bien-être et à son activité. Cet instinct vise non seulement le présent, mais aussi l'avenir et se manifeste alors par l'*instinct d'épargne*.

Les perversions de l'instinct de propriété et d'épargne se révèlent soit par défaut (prodigalité), soit par déviation (collectionnisme), soit surtout par excès (avarice, cupidité).

Je ne m'étendrai pas ici sur l'étude de la *prodigalité*, très souvent liée à la débilité mentale, et qu'on peut rencontrer, chez les pervers, associée à d'autres anomalies instinctives. On sait l'importance que revêt, en médecine légale civile, au point de vue de l'interdiction, la prodigalité. La prodigalité s'observe souvent chez des vaniteux, avides de luxe et d'ostentation, qui dissipent, en quelques mois ou quelques années, tout leur avoir, pour éblouir leur entourage par leur train et l'étalage de leur fortune.

L'oniomanie, manie des achats, la donromanie, manie des cadeaux, sont des formes plus rares, à caractère obsédant et impulsif, de la prodigalité.

J'accorde ici, en passant, une mention au *collectionnisme*, considéré, non pas chez les déments, mais chez

certains déséquilibrés. Cette anomalie par déviation de l'instinct de propriété, associée parfois à certaines variétés de fétichisme, peut s'observer chez les kleptomanes, poussés à certains vols spécialisés par des tentations électives, qui créent les cas de mono et de poly-collectionnisme.

Les anomalies par excès de l'instinct d'épargne sont plus intéressantes à étudier, à cause des conséquences qu'elles entraînent dans la conduite des malades et des réactions délictueuses ou criminelles qu'elles peuvent provoquer.

L'*avarice* est l'exagération chronique et progressive, souvent monstrueuse, de l'instinct d'épargne. Elle constitue non seulement un excès, mais une déviation de cet instinct : car l'avarice se manifeste par une accumulation incessante et systématique de matériaux inutiles, puisque l'avare ne s'en sert jamais pour sa conservation et son intérêt personnels. L'avare entasse, dans un collectionnisme mystique et stérile, les symboles représentatifs d'une richesse dont il ne jouit pas et qu'il soustrait à la circulation publique. Dans les cas les plus typiques, l'avare, épuisé par les privations et la misère, succombe sur son trésor, et les histoires ne se comptent plus de ces vieillards cachectiques et sordides, entretenus par la charité de leurs voisins, qui meurent de froid et de faim sur un grabat, dans lequel ils ont dissimulé une véritable fortune. Cette fortune, ignorée de tous, est découverte avec surprise, après leur mort, sous forme de liasses de billets de banque ou de valeurs et de rouleaux d'or et d'argent soigneusement classés. J'ai réuni dans mes notes, sous l'étiquette de *mendiants thésauriseurs*, de nombreuses observations de vagabonds, arrêtés pour mendicité et dans les hardes desquels on trouve plusieurs milliers de francs en papiers et en or.

Dans l'histoire des perversions instinctives, l'avarice présente une particularité intéressante. Quoique congénitale et souvent d'hérédité similaire, la perversion apparaît, le plus souvent, à un âge avancé, et s'exagère avec les années. Dans la psychologie des futurs grands avares,

on peut reconnaître cependant, dès la jeunesse, l'xecès du sentiment de la propriété et de l'appétit de l'argent. On constate également les autres traits caractéristiques de la psychologie de l'avare : l'absence ou l'insuffisance manifeste des sentiments affectifs et altruistes, la tendance à la solitude, à la méfiance, enfin le rétrécissement progressif de l'activité psychique. L'avarice n'est donc jamais une tare isolée dans la mentalité : elle se montre toujours associée aux défectuosités affectives et morales que je viens de signaler.

Dans son intéressante étude sur l'avarice, Rogues de Fursac insiste sur l'extrême rareté, chez l'avare, de la délinquance et de la criminalité : il explique ce fait par l'horreur de l'avare pour le risque et sa répulsion pour tous les actes incertains ou compromettants.

Si l'avare n'enfreint qu'exceptionnellement la loi pénale, il viole gravement la loi morale vis-à-vis de la famille et de la société. Il est inutile d'insister ici sur les conséquences désastreuses qu'entraîne, pour les parents de l'avare, l'immobilisation systématique d'un argent nécessaire à la famille. Dans la société, l'avare est un accapareur, incapable de rendre à la richesse publique la part qu'il lui soustrait. Même après sa mort, l'avare continue à exercer sa néfaste influence : soit en dissimulant son trésor, qu'il enfouit dans une cachette impossible à découvrir; soit en déshéritant son entourage au profit d'un autre avare; soit en formulant des dispositions testamentaires absurdes.

On peut définir, sous le terme de *cupidité,* une anomalie par excès de l'instinct de propriété, constituée par l'appétit de certaines jouissances, physiques ou morales, qui pousse l'individu à s'approprier l'objet de ses convoitises ou l'argent nécessaire à l'acquérir. La cupidité, qui dérive de l'exaltation des appétits individuels, pousse le cupide, à travers tous les risques et toutes les infractions morales et pénales, à l'acquisition des richesses dont il éprouve l'impérieuse tentation. Je rappelle ici les différences qui séparent l'avarice : passion négative, défensive, conservatrice

et timorée, de la cupidité : passion positive, agressive, dissipatrice et téméraire. Au point de vue psychologique, l'étude de la cupidité se confond avec celle des passions dont elle n'est, dans l'ordre de la conduite, qu'une manifestation secondaire : gourmandise, ivrognerie, lubricité, coquetterie, vanité, ambition, etc. Au point de vue pratique et médico-légal, la cupidité pousse les sujets aux différentes formes d'attentats contre la propriété : vols, escroqueries, abus de confiance, faux, chantage.

La *passion du jeu* résulte, chez certains déséquilibrés, de l'association des anomalies suivantes : prodigalité et cupidité, d'une part; imprévoyance, goût du risque, appétit d'émotions, d'autre part; enfin impulsivité du caractère. Chronique, mais soumise à des paroxysmes provoqués par les occasions, cette passion est déterminée dans sa forme et ses modalités, par les traits particuliers de la psychologie individuelle. L'avare n'est jamais joueur, à cause de son horreur du risque et de l'aventure. Il est inutile de s'étendre ici sur les graves conséquences du jeu pour le sujet, sa famille, et son entourage : supercherie, escroquerie, vol, ruine, suicide.

L'instinct de conservation comprend, en dehors des instincts de nutrition et de propriété, la tendance au développement et à l'extension de l'individu. On peut désigner cette dernière tendance, essentiellement expansive, sous le nom de *sentiment de la personnalité*.

Ce sentiment de la personnalité, en vertu duquel l'individu cherche à s'affirmer et à rayonner par son activité au milieu de ses semblables, peut revêtir, suivant les milieux, les aptitudes et la culture de chacun, les formes les plus variées, s'orienter dans les directions les plus diverses. Il présente tous les degrés d'intensité, depuis le plus faible développement jusqu'aux proportions les plus démesurées.

L'absence ou l'insuffisance excessive de ce sentiment s'observe, sous une forme anormale et nuisible à l'individu, chez les sujets timides, scrupuleux, hésitants, incapables d'initiative, convaincus de leur infériorité, de leur impuissance et qui apparaissent comme des individus

humbles, effacés et passifs, Sur ce terrain de dépression morale constitutionnelle peuvent se développer nombre de syndromes : les doutes morbides, les aboulies, les sentiments d'auto-dépréciation, de renoncement, de sacrifice, les tendances à l'auto-accusation et à toutes les formes des états mélancoliques.

Il faut signaler ici, comme une forme extrême, et relativement rare, de perversion de l'instinct de conservation, la tendance au *suicide*, essentiellement héréditaire, familiale, dégagée d'obsession anxieuse véritable, et qui pousse certains sujets à se tuer sous les influences les plus futiles et les plus variées.

A l'opposé de ces anomalies, par défaut et par déviation du sentiment de la personnalité, qui nuisent, non pas à la société, mais à un individu souvent par ailleurs plein de qualités intellectuelles et morales, figurent les anomalies par excès du même sentiment, qui se révèlent par l'hypertrophie énorme du moi, par une autophilie pathologique, par toutes les manifestations de l'orgueil et de la vanité.

Je propose de grouper, sous le vocable de *vanité*, toutes les formes de la tendance à paraître, á se mettre en scène, à produire de l'effet, à s'imposer à l'attention publique et à l'admiration de ses semblables. Cette tendance qu'on peut, il est vrai, observer chez des sujets de grande valeur, représente une des perversions instinctives les plus fréquentes et les plus caractéristiques qui puissent s'associer à la débilité mentale. Il faut distinguer ici, sous deux noms différents, deux espèces de vanité morbide. La première, franche et sincère, consiste dans la croyance ferme et entière du sujet à sa réelle valeur et à la légitimité de ses droits à l'estime, à la considération, à la reconnaissance publiques ; cette hypertrophie du moi, en vertu de laquelle le sujet s'estime lui-même au delà de toute mesure, s'appelle l'*orgueil*, et diffère de la vanité proprement dite, en vertu de laquelle le sujet veut être estimé des autres au delà de ses mérites. Orgueil et vanité vont souvent de pair chez le même sujet, mais peuvent aussi exister isolément. La seconde sorte de vanité, la vanité véritable, s'oppose,

par sa nature fausse et mensongère à l'orgueil, et peut s'allier, chez le pervers, à la conscience de sa réelle nullité. La vanité consiste à rechercher l'attention et la louange publiques par l'ostentation de qualités factices, d'une valeur ou d'une richesse irréelles, de titres fictifs, etc. Dans les deux cas, le sujet peut se montrer avide d'attirer l'attention de l'entourage; mais, dans le premier cas, il croit réellement à sa valeur : la haute opinion qu'il a de lui-même représente l'ébauche et comme l'amorce de la mégalomanie; comme celle-ci, elle entraîne la conviction absolue de l'esprit et la collaboration sans réserve de toute l'activité personnelle. Dans le second cas, au contraire, le sujet, plus ou moins nettement conscient de son insuffisance et de l'illégitimité de ses prétentions, nullement dupe de ses affirmations, cherche à tromper l'entourage et à en imposer par la fiction. Dans l'œuvre de vanité interviennent alors le mensonge, la fabulation et la simulation. Dans cette seconde forme de vanité, s'observent toutes les transitions et toutes les combinaisons possibles entre l'altération de la volonté, consciente, intentionnelle et calculée, et la fiction inconsciente, involontaire et spontanée; entre la fabulation mensongère et le véritable délire d'imagination.

La première forme de vanité se rattache à la constitution paranoïaque et s'allie souvent à la méfiance et aux tendances aux idées de persécution. La seconde forme est très fréquemment associée à la mythomanie et peut aboutir au délire imaginatif de grandeur.

L'orgueil paranoïaque, sincère et loyal comme une conviction délirante, exempt de duplicité et d'intention frauduleuse, n'appartient pas, à proprement parler, à l'histoire des véritables perversions instinctives. Les conséquences de cet excès du sentiment de la personnalité peuvent cependant être très fâcheuses pour l'entourage et la société. Cette anomalie instinctive se traduit souvent, en effet, par l'esprit de domination et de tyrannie, par l'exercice abusif de l'autorité, par toutes les formes du despotisme, conjugal, domestique, professionnel et politique. L'intolérance, l'arrogance, la morgue peuvent en être, dans les rapports

sociaux, l'expression fréquente. Le mélange, dans la constitution paranoïaque, de l'orgueil et de la méfiance, crée les manifestations de la jalousie, de la rancune à la suite des blessures d'amour-propre, du mépris et de la méconnaissance hostile de l'entourage : un degré de plus, et les idées de persécution peuvent apparaître. L'association de cette vanité pathologique à la débilité du sens moral a pour conséquence l'absence de scrupules, et cette subordination systématique de tous les intérêts d'autrui au succès personnel, désignée sous le nom d'arrivisme.

Dans le domaine des perversions instinctives rentre pleinement la vanité *mythopathique*, qui, pour aboutir à ses fins, met en jeu, aux dépens de la société, l'aptitude constitutionnelle de certains déséquilibrés au mensonge, à la fabulation et à la simulation.

La vanité mythopathique, d'observation très fréquente, se rencontre, dans ses formes typiques, chez des débiles. Elle est très précoce dans son apparition, proportionnelle dans sa complexité et sa richesse au niveau intellectuel et aux ressources imaginatives du sujet, et très variable dans sa forme et ses réactions, suivant le milieu social, les moments critiques de la vie et la personnalité de l'individu. Dans mes études sur la Mythomanie, j'ai distingué trois sortes de mythomanie vaniteuse : la hâblerie fantastique, l'auto-accusation criminelle, et la fabulation-simulation d'attentats ou de maladies.

Dans la *hâblerie fantastique*, le vaniteux mythomane expose le récit fabuleux d'aventures romanesques (batailles, sauvetages, explorations, bonnes fortunes) dans lesquelles il a joué un rôle décisif, parfois héroïque, qui met en valeur les qualités de sa personne.

Corneille, dans sa comédie du *Menteur*, a merveilleusement incarné, dans le personnage de Dorante, le type de cette hâblerie fantastique. La plupart de ces vaniteux hâbleurs improvisent des récits étonnants de précision, de couleur et d'abondance, qui, sous l'incitation de la seule vanité, jaillissent spontanément de leur fond imaginatif, sans intervention de malignité, de cupidité ou de

calcul, sans autre intention que d'étonner et d'éblouir. Vantards et fanfarons, ces vaniteux ne cherchent pas à faire du mal et, s'ils nuisent à autrui par leurs mensonges, c'est sans le vouloir. Cette variété de vanité mythopathique est intéressante à étudier, dans ses produits, chez les sujets intelligents, cultivés, à la fantaisie exubérante et à la faconde facile, que l'excès de leur imagination et l'hyperbole de leur langage portent naturellement à la fabulation et à l'invention romanesques. C'est aux limites de l'adolescence et de l'âge adulte que la mythomanie vaniteuse acquiert son maximum de développement. Chez les enfants ou chez les adultes très débiles, la hâblerie fantastique s'exprime en propos si niais, en fables si invraisemblables et en actes si absurdes, que la création mythique, pauvre et dépourvue de matériaux, donne bien la mesure à la fois du défaut d'intelligence et de l'excès de vanité de ces infirmes congénitaux.

Dans l'*auto-accusation criminelle*, le vaniteux est toujours un débile, qui emprunte aux événements dramatiques les éléments de sa fable et souvent se dénonce aux autorités comme l'auteur d'un grand crime, dont il a lu les détails dans la presse. L'auto-accusation se fait parfois sur un mode impulsif, sous l'influence d'un raptus mythopathique soudain, principalement chez les débiles vaniteux excités par la boisson. Les plus intelligents des auto-accusateurs criminels émettent des auto-dénonciations plus compliquées et construisent des romans plus vraisemblables, dont la machination en impose parfois momentanément aux magistrats et provoque l'ouverture d'assez laborieuses enquêtes.

Chez ces mythomanes auto-accusateurs, comme chez les hâbleurs de la première variété, le seul mobile qu'on puisse découvrir à l'origine du mensonge est une inspiration vaniteuse, dégagée de tout autre calcul, de toute autre perversion morbide. Le besoin pathologique de gloriole se manifeste chez les uns sous la forme de la vantardise, chez les autres sous la forme de l'auto-accusation; seuls les procédés diffèrent, mais le sentiment qui dicte à tous

ces débiles leur langage et leurs actes est l'appétit maladif de notoriété, le besoin de se mettre en scène; c'est à ces diverses catégories de hâbleurs vaniteux que s'applique cette parole si juste de Diderot : « On ne ment plus guère, quand on s'est départi de la prétention d'occuper les autres de soi. »

La mythomanie vaniteuse peut pousser les sujets à une troisième variété de manifestations pathologiques : la *fabulation-simulation d'attentats et de maladies*. Cette troisième série de créations mythiques représente, comme l'auto-accusation criminelle, un mode de diminution ou de dépréciation de la personnalité, inspirée par la vanité à des débiles désireux d'occuper l'attention publique.

Les sujets n'hésitent pas, en pareille occurrence, à pratiquer sur eux des *auto-mutilations*, qu'ils exhibent comme des preuves matérielles de l'authenticité de leurs affirmations.

Le désir d'exciter la curiosité et d'attirer l'attention sur soi pousse certains débiles mythomanes à raconter et à simuler des attentats criminels, dont ils prétendent avoir été victimes. L'œuvre de fabulation-simulation est souvent exempte d'intention maligne, lorsqu'il n'y a ni hétéro-accusation ni désignation de coupables. En pareil cas, l'enquête judiciaire n'aboutit pas et l'affaire est classée. Dans l'organisation de la fable dramatique, le héros, ou plus souvent l'héroïne, de l'aventure se bâillonne, se ligotte, se meurtrit, se fait quelques plaies superficielles. D'autres sujets simulent des accidents sur la voie publique ou en chemin de fer; dans d'autres cas, c'est la mise en scène d'un suicide qui est organisée ; enfin, beaucoup plus fréquemment, c'est un traumatisme ou une maladie que le débile vaniteux entreprend de simuler. La liste est innombrable des lésions extérieures, des troubles organiques et des maladies, qui sont l'œuvre intentionnelle, souvent tenace et systématique, des déséquilibrés mythomanes, désireux de provoquer autour d'eux la compassion de l'entourage, le zèle des médecins, parfois l'intervention, même grave et répétée, des chirurgiens. C'est l'histoire banale

des *pathomimes*, dont un intéressant exemple a été rapporté dans ses *Cliniques* par le professeur Dieulafoy.

Dans mes mémoires sur les Auto-accusateurs et sur la Mythomanie, j'ai cité de nombreux exemples typiques de ces différentes manifestations de la mythomanie vaniteuse : hâblerie fantastique, auto-accusation criminelle, fabulation-simulation d'attentats, d'accidents et de maladies.

Un certain nombre de ces sujets, fabulateurs et simulateurs, présentent des accidents hystériques, notamment des attaques. Cette association est toute naturelle, comme nous le verrons plus loin, en raison des étroites affinités qui relient, chez le mythomane, sur le terrain de la suggestibilité et du déséquilibre imaginatif, la simulation consciente et intentionnelle d'une part, et, d'autre part, l'organisation plus ou moins inconsciente et involontaire des syndromes fictifs qui caractérisent l'hystérie.

La vanité peut entraîner les sujets à des manifestations immorales, délictueuses ou criminelles, étrangères à la mythomanie, telles que l'escroquerie et le vol, pour procurer au sujet les moyens de satisfaire ses appétits de coquetterie et ses goûts de gloriole et d'ostentation. Dans des cas exceptionnels, la vanité peut conduire certains débiles à des actes beaucoup plus graves, tels que la détérioration ou la destruction de monuments publics et l'incendie : actes de vandalisme, érostratisme.

Tous les médecins d'asiles et de prisons ont insisté sur la vanité absurde et colossale des grands criminels, qui s'étale chez eux dans leurs mémoires, leurs dessins, leur autobiographie, leurs déclarations emphatiques et prétentieuses, etc., jusqu'au seuil de l'échafaud, dans leurs lettres à leurs parents et leurs discours au public.

L'association des tendances vaniteuses et cupides à la mythomanie crée des types d'activité perverse et frauduleuse d'un grand intérêt judiciaire. Tels sont les grands escrocs, les agioteurs de haute marque, les chefs des grandes entreprises frauduleuses, les emprunteurs sur faux héritages, en un mot les *escompteurs de fortunes fictives*, à chiffre fabuleux, à échéance prochaine, dont le mirage

est présenté avec un talent si persuasif et des ressources imaginatives et dialectiques si convaincantes, que tout l'entourage est entraîné dans un vertige de suggestion collective, qui finit par gagner l'auteur même du roman et le persuader de la réalité de son œuvre. J'ai cité ailleurs l'affaire Humbert comme un type fameux de cette activité mythopathique, mise au service de la vanité et de la cupidité, par une débile imaginative et fabulante.

Instincts de reproduction

Instincts génésiques, sexuels, relatifs à la vie de l'espèce

Après l'instinct de conservation, le plus puissant mobile de l'activité animale est l'instinct de reproduction. Les perversions de cet instinct ont fait l'objet d'études innombrables, dont l'énumération, même limitée aux œuvres les plus importantes, ne saurait être tentée ici.

Je me bornerai à l'indication sommaire des anomalies de l'instinct génésique, considérée seulement dans leurs relations avec l'activité morale et sociale du sujet.

L'instinct sexuel peut être tout d'abord exagéré ou insuffisant.

L'*érotisme* ou exagération de l'instinct sexuel, peut être constitutionnel et permanent, ou seulement épisodique, lié ou non dans ses paroxysmes aux époques climatériques, à certaines intoxications, à certaines affections nerveuses et mentales. L'érotisme doit être distingué de l'excitation génitale, d'origine locale ou médullaire, connue sous le nom de *satyriasis* et de *nymphomanie;* ces deux variétés d'excitation génitale, faciles dans les cas extrêmes à distinguer l'une de l'autre, peuvent être confondues dans une étiologie complexe, sur le même sujet.

L'érotisme peut comporter au point de vue moral, social et médico-légal, les conséquences les plus graves. Il entraîne souvent l'homme, beaucoup plus fréquemment que la femme, à des outrages et à des attentats à la pudeur, aux sévices, au viol et au meurtre.

Dans certaines circonstances, l'érotisme peut, sous une

forme aiguë, déterminer de véritables accès d'*ivresse érotique*, de *fureur sexuelle*, au cours desquels le sujet, obnubilé dans sa conscience, exalté dans son énergie musculaire, peut se livrer à des actes sauvages de violence et de destruction. Beaucoup de crimes, indûment qualifiés de sadiques, relèvent de l'érotisme simple chez des débiles à caractère violent et à réactions brutales.

A la suite de l'affaire Soleilland et de l'étude des faits similaires, j'ai proposé d'isoler, dans l'histoire de la criminalité sexuelle, sous le terme de crime « type Soleilland », une espèce particulière d'attentat criminel, étrangère au sadisme, constituée par le viol et l'assassinat d'enfants, et dont on peut ainsi résumer les caractères.

Le crime « type Soleilland » est réalisé par le viol et l'assassinat d'un enfant, le plus souvent une fillette, par un adulte, généralement entre vingt et trente ans, et exempt, dans la majorité des cas, d'antécédents criminels semblables. L'attentat est commis, parfois après une certaine préméditation ou préparation, en tous cas rapidement; et le meurtre suit impulsivement le viol, pour vaincre la résistance et étouffer les cris de la victime qui se débat, appelle au secours et va, soit échapper à son agresseur, soit attirer l'attention des voisins, soit le dénoncer plus tard à l'entourage.

Le meurtre est accompli en pleine excitation sexuelle; et il est légitime de chercher dans cette ivresse érotique un appoint d'impulsion et d'aggravation au déchaînement de la fureur homicide. Mais le meurtre n'apparaît pas ici comme l'antécédent ou le concomitant nécessaire de l'acte génital : l'assassinat n'est pas relié au viol par la loi d'association de l'instinct destructeur et de l'instinct génital, qui constitue l'essence du sadisme. Le criminel du type Soleilland ne tue pas pour jouir et par volupté ; il tue par nécessité, pour pouvoir achever l'attentat et échapper aux conséquences de son crime. Il tue comme le voleur surpris au milieu de ses opérations.

En pareil cas, le criminel est généralement de mentalité débile, grossière, inculte et anormale, d'appétits sexuels

excitables et violents, de caractère impulsif et brutal. L'érotisme de tels sujets s'éveille particulièrement à la vue d'enfants isolés, de fillettes sans méfiance et incapables de résistance. Pour assouvir leur instinct sauvage, ils tuent la victime dans le paroxysme de l'ivresse érotique et ensuite, pour échapper aux conséquences de leur crime, dissimulent plus ou moins adroitement le cadavre accusateur. Lorsqu'ils sont arrêtés, confrontés avec le corps de leur victime et convaincus de culpabilité, ils manifestent la plus grande indifférence et nient leur forfait avec cynisme et entêtement. Mettant ainsi en évidence leur indigence intellectuelle, leur insensibilité morale, leur perversion foncière et leur tendance au mensonge, ces sujets démontrent, non seulement par leurs attentats, mais encore par leurs réactions ultérieures, les éléments caractéristiques de leur débilité psychique et de leurs anomalies instinctives.

L'érotisme, constitutionnel ou épisodique, est souvent associé aux aberrations ou au désordre de l'activité génitale. Combiné ou non à d'autres perversions instinctives, à des obsessions, des phobies, des troubles variés de l'intelligence, de l'humeur ou du caractère, il imprime à la conduite de certains déséquilibrés une orientation et une impulsivité particulières.

Je ne ferai ici qu'une simple allusion à l'énorme influence attribuée par Freud et ses élèves aux préoccupations érotiques dans le déterminisme d'un grand nombre d'accidents névropsychopathiques. Ceux-ci ne seraient que la manifestation larvée, la dérivation indirecte, sous les formes les plus variées et les plus méconnaissables, de la tension génitale comprimée, du désir sexuel refoulé, dans le conflit des tendances psychiques, par des représentations mentales contraires.

On sait le rôle considérable que joue, dans le diagnostic et le traitement de ces états, pour l'école de Freud, l'analyse des rêves et la psychothérapie, par le dégagement,

devant la conscience du malade, de l'élément érotique qui a déterminé les troubles nerveux.

L'insuffisance de l'instinct sexuel, ou *frigidité constitutionnelle*, ne comporte pas, sauf parfois en matière civile, de conséquences sociales qui méritent de nous arrêter ici.

Les perversions de l'instinct génésique sont constituées par la déviation des tendances fonctionnelles normales de la sexualité.

La plus importante des perversions sexuelles, au point de vue du but même de la fonction, est représentée par *l'inversion sexuelle* (*homosexualité*, *uranisme*, etc...). L'inversion vraie est constitutionnelle et se caractérise non seulement par l'attraction vers le même sexe, mais par la répulsion pour le sexe opposé. Elle est souvent incomplète, et se manifeste alors par *l'indifférence sexuelle*, ou attraction indifférente vers l'un et l'autre sexe. Je ne parle pas ici des variétés occasionnelles ou contingentes de l'inversion sexuelle, observées dans les collèges, les couvents, les prisons, les casernes, à bord des navires, dans les milieux coloniaux, etc., ni des variétés vicieuse ou professionnelle, dues à la curiosité, à la contagion par l'exemple, ou à l'exercice de la prostitution mâle. Ce n'est pas ici l'inversion sexuelle qui est en cause : ce sont des pratiques homosexuelles plus ou moins épisodiques, presque toujours indépendantes de l'inversion vraie, et provoquées soit par les circonstances du milieu, soit par la recherche d'excitations érotiques nouvelles, soit par l'exploitation des invertis ou simplement des curieux par des prostitués professionnels.

Il faut signaler ici la fréquence des habitudes homosexuelles chez les récidivistes de la délinquance et de la criminalité, chez les professionnels du vol, des attentats à main armée, du vagabondage spécial et de l'assassinat, dans les sociétés organisées de malfaiteurs, enfin dans la population des pénitenciers et des compagnies de discipline. Il est intéressant de constater l'association de l'inversion sexuelle vraie ou des goûts homosexuels aux nombreuses perversions instinctives qui caractérisent la psy-

chologie de ces anormaux constitutionnels, agressifs et violents, à tendances anti-sociales permanentes et voués à la pratique professionnelle du crime.

Après l'inversion sexuelle, il faut mentionner ici certaines aberrations beaucoup plus rares de l'appétit génital, observées chez des débiles, des imbéciles, principalement à la campagne où la vie solitaire et le contact fréquent avec des animaux favorisent les occasions de ces monstrueuses pratiques. Je signale ici l'accouplement avec des animaux (*bestialité*) ou des cadavres (*nécrophilie* ou *vampirisme*). L'histoire médico-légale de ces perversions sexuelle est si connue que je n'y insiste pas.

Au domaine de la psychopathologie génitale appartiennent également les goûts et les pratiques de multiples déséquilibrés, qui ne peuvent aboutir à l'orgasme voluptueux que dans certaines conditions spéciales, impossibles à décrire dans leurs variétés individuelles, mais qui ont pour caractère commun de provoquer, chez presque tout le monde, l'étonnement, le dégoût ou l'horreur, à cause de leur étrangeté, de leur extravagance, de leur nature répugnante, etc. Ces conditions mettent bien en lumière la nécessité, pour le perverti, de l'excitation par contraste, pour réveiller chez lui l'appétit génital indifférent aux sollicitations normales.

Lorsque l'éréthisme génital n'est pas obtenu au moyen d'une excitation par contraste, il est provoqué par d'autres excitations électives, dont l'étude appartient à l'histoire du sadisme, du masochisme et du fétichisme.

Sur ces trois dernières perversions de l'instinct sexuel, a paru, dans ces trente dernières années, une littérature psychiâtrique, médico-légale et historique si abondante et si variée, que je me bornerai, en présence de faits si connus, à résumer en quelques lignes, à leur place marquée en ce chapitre, les définitions et les caractères de ces perversions.

Le *sadisme* est une perversion de l'instinct sexuel, dans laquelle la satisfaction génitale est liée à la souffrance

d'autrui. Le degré de cette souffrance varie depuis les plus légères atteintes de la sensibilité physique ou morale, jusqu'aux plus féroces tortures et mutilations infligées à la victime.

On doit distinguer le petit et le grand sadisme. Dans le petit sadisme, l'excitation voluptueuse est liée, chez le pervers, à des souvenirs, à des images, à des idées ou à des scènes figurées, d'ordre méchant et cruel, ou à des pratiques, symboliques et relativement inoffensives, destinées à évoquer les mêmes émotions (flagellations, coups, piqûres, pincements, morsures; injures, blasphèmes, humiliations, taquineries, vexations, etc.). La perversion est ici d'ordre plus platonique qu'effectif, et s'exerce dans le domaine de l'imagination du pervers plutôt que sur la personne de la victime.

Dans le grand sadisme, la jouissance n'est obtenue que par des pratiques cruelles et sanguinaires, par des tortures, des supplices, des mutilations, des attentats d'une férocité sauvage, dont la gradation va de la simple blessure à l'égorgement, à l'éventration, à l'étripement et au dépeçage de la victime, dont le sadique peut boire le sang et manger la chair (sadisme anthropophagique).

Le grand sadisme pousse les pervers à des crimes monstrueux, à répétition, accomplis toujours dans les mêmes circonstances, avec le même manuel opératoire et vraiment spécifiques dans leur multiplicité et la similitude de leurs procédés d'exécution.

Je rappelle ici les crimes classiques de Gilles de Retz, de Jack l'éventreur, de Vacher, dont l'étude a été magistralement exposée par le professeur Lacassagne.

Le sadisme est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, et peut être lié à l'homosexualité, à la bestialité, au vampirisme. Le sadique peut arriver à la jouissance, seul ou avec une femme, à la vue de supplices infligés à d'autres victimes, hommes, enfants ou animaux.

Je n'insisterai pas davantage sur une histoire si connue dans ses formes, ses variétés et ses associations cliniques, et enfin dans ses conséquences médico-légales.

L'essence du sadisme, depuis ses manifestations les plus légères et les plus bénignes jusqu'à ses aberrations les plus monstrueuses, réside dans l'association de l'instinct de reproduction et de l'instinct de destruction et de malignité. La jouissance vénérienne est liée à la satisfaction des appétits de cruauté.

Dans une analyse intéressante de la psychopathologie du sadisme, Krafft-Ebing a cherché à expliquer cette connexité de la jouissance et de la cruauté, par l'exaltation commune de la sphère psycho-motrice dans les émotions violentes de l'amour et de la colère : en rappelant que, au moment du paroxysme voluptueux normal, certains sujets excitables sont entraînés, souvent inconsciemment, à des gestes et des actes violents, agressifs, tels qu'en inspire la colère, sur leur partenaire sexuel. Ces réactions embryonnaires deviendraient, par leur exagération, l'origine des pratiques du sadisme : celui-ci se constituerait ensuite par la nécessité impérieuse, pour le pervers, de réagir avec excès et violence contre sa victime, et la jouissance ne pourrait plus être obtenue que par l'association à l'acte d'amour et de possession de l'acte de domination et de cruauté.

Le sadisme revêt, dans ses manifestations, des degrés et des formes très variables, suivant ses associations avec les autres tendances plus ou moins anormales du sujet ; dans le domaine du tempérament, plus ou moins brutal, et des réactions motrices, plus ou moins impulsives et violentes; dans le domaine de la sensibilté physique et affective, plus ou moins obtuse ou pervertie ; enfin, dans le domaine de la moralité, plus ou moins développée et capable de refréner ou de détourner les tendances destructives de l'instinct sexuel perverti.

Il est inutile d'insister ici à nouveau sur les différences fondamentales qui séparent le crime sadique du crime érotique « type Soleilland ».

Le *masochisme*, ou passivisme, est une perversion sexuelle caractérisée par l'association de la jouissance érotique à la souffrance, physique ou morale, du pervers lui-

même. La volupté n'est obtenue que grâce à l'évocation ou à la réalité de paroles, d'attitudes, de manœuvres, de scènes, destinées à produire chez le sujet l'humiliation morale ou la douleur physique. On peut aussi distinguer un petit *masochisme*, d'ordre platonique et imaginatif, satisfait de pratiques symboliques, et un grand *masochisme*, dans lequel l'orgasme voluptueux n'est provoqué que par des blessures, de véritables mutilations, infligées au sujet par son partenaire. On observe dans ces cas une combinaison de l'appétit sexuel à des perversions de la sensibilité générale ou tactile, une association d'érotisme et d'algophilie, qui s'exerce parfois, en dehors de tout rapprochement sexuel, chez certains sujets solitaires généralement masturbateurs. Ces déséquilibrés arrivent à la jouissance génitale, avec ou sans onanisme, en pratiquant sur eux-mêmes des blessures, de véritables mutilations, parfois même des morsures avec autophagie. Il s'agit, en l'espèce, d'une sorte d'*automasochisme*, qui, dans la série des anomalies de l'appétit génital, doit figurer à côté des cas d'*autophilie*, avec recherche solitaire de la volupté, au moyen non seulement de la masturbation, mais surtout de la contemplation et des caresses de son propre corps par le sujet lui-même.

Le *sadimasochisme*, réalisé par l'association des deux tendances contraires, se caractérise par la recherche de la volupté dans les souffrances mutuelles que doivent s'infliger les deux sujets, au cours d'une scène sexuelle destinée à simuler un rapt, un viol, et la lutte entre un mâle qui attaque et une femelle qui se défend.

Il est inutile d'insister sur toutes les variétés que peuvent revêtir le sadisme et le masochisme, isolés ou associés, par les combinaisons, les électivités et les raffinements de l'imagination, de l'habitude, de l'entraînement et de la contagion mentale.

Le *fétichisme* est une perversion sexuelle dans laquelle la jouissance génitale est liée à la vue ou au contact, parfois même à la seule évocation mentale, d'un objet de toilette ou d'une partie du corps, appartenant à l'un ou

à l'autre sexe, suivant les tendances normales ou homosexuelles du fétichiste.

Dans les cas typiques de fétichisme, la possession seule de l'objet est la condition nécessaire et suffisante de la satisfaction génitale. Dans les cas moins purs, celle-ci n'est obtenue que par l'association du fétiche et d'un partenaire sexuel. Dans le premier cas, par une sorte de sexualisation des choses, se constitue, ainsi que le disait Paul Garnier dans ses belles études sur les perversions sexuelles, une sorte d'ectopie amoureuse, en vertu de laquelle la partie est prise pour le tout, et le pouvoir de déterminer l'orgasme vénérien est conféré à une partie du corps (main, pied, fesses, cheveux, bouche) ou à un objet de toilette (chaussures, gants, pièces de linge, étoffes, etc.), substitués à la personne, dont la possession, la présence même devient souvent inutile. Dans le second cas, beaucoup plus fréquent, l'appoint du fétiche est ou nécessaire ou utile, souvent par simple représentation mentale, à la satisfaction génitale.

Le fétichisme est une perversion déterminée, chez des sujets émotifs, par une forte impression, reçue à l'occasion de l'une des premières sensations voluptueuses, fixée dans le souvenir par une véritable anastomose sensoriogénitale, et dès lors irrésistiblement liée à l'excitation érotique, et à l'accomplissement de l'acte sexuel.

Le fétichiste ne peut plus désormais aboutir à la volupté qu'à la condition d'évoquer à nouveau en imagination ou d'éprouver en réalité l'impression nécessaire à la mise en train et à l'achèvement du réflexe génital.

Dans le *sadifétichisme*, réalisé par l'association des deux perversions déjà décrites, l'excitation voluptueuse est provoquée par la blessure ou la destruction du fétiche : la partie du corps élue par le fétichiste doit être violentée, meurtrie, piquée, coupée, arrachée, l'objet de toilette doit être souillé, déchiré, brûlé, pour déterminer chez le sujet l'orgasme vénérien. Le sadifétichisme pousse à des attentats bien connus, qui défraient par séries la chronique des journaux, les coupeurs de nattes, les piqueurs de ventres

ou de fesses, les brûleurs de robes, les frôleurs de soie, les frotteurs de fourrures, etc.

Le fétichisme et le sadifétichisme entraînent les pervertis à des vols, soit dans les magasins, soit dans les foules, d'objets-fétiches : mouchoirs, fourrures, pièces de soie, de velours, de lingerie, etc., qui sont destinés à des pratiques sexuelles solitaires, auxquelles se livre le fétichiste, avec ou sans masturbation, mais en présence ou au contact de tel ou tel objet, dérobé dans telle ou telle condition. Le perverti, spécialisé ainsi dans le vol d'un objet déterminé, entasse chez lui, en des collections secrètes, les exemplaires achetés ou volés de son fétiche (collectionnisme, monokleptocollectionnisme des fétichistes).

L'*exhibitionnisme*, qui pousse, par accès plus ou moins irrésistibles, certains sujets à rechercher la satisfaction génitale dans l'étalage en public de leurs parties sexuelles, en de certaines conditions de lieux et de circonstances, avec ou sans érection et masturbation, est une perversion à caractère impulsif, dont les types précis, conformes à la description de Lasègue, sont très rares, mais dont les exemples, frustes ou incomplets, avec appoint fétichiste ou sadique, inspirés par le vice et aggravés par des manœuvres lubriques, sont au contraire très fréquents. Ces dernières variétés, vicieuses et cyniques, de l'exhibitionnisme sont l'apanage de sujets amoraux, pervers et poussés à leurs pratiques obscènes non pas par une obsession angoissante, mais par une malignité qui trouve sa satisfaction dans l'effroi et l'offense de la timidité et de la pudeur d'autrui.

L'exhibitionnisme entraîne les sujets au délit d'outrage public à la pudeur.

L'*onanisme* doit être mentionné, parmi les perversions sexuelles, comme une pratique anormale, fréquemment observée, soit à l'état isolé, soit associée à la plupart des autres perversions, principalement dans l'enfance et la jeunesse, chez les névropsychopathes. Dans beaucoup de cas, sous la forme épisodique et transitoire ou occasion-

nelle, qu'on lui connaît chez les adolescents ou dans certains milieux qui en favorisent la contagion et la répétition, l'onanisme ne peut être considéré comme pathologique.

Lorsque, par la précocité de son apparition, la fréquence et la durée anormale de ses pratiques, l'onanisme apparaît comme pathologique, il est toujours symptomatique. C'est sous ces formes anormales qu'on l'observe chez beaucoup d'idiots, d'imbéciles et de débiles, chez des déséquilibrés à tendances érotiques, chez des épileptiques, chez la plupart des pervers génitaux, enfin, chez un grand nombre de dégénérés atteints, en même temps que d'habitudes de masturbation, de tics, de spasmes, de chorée variable, de syndromes épisodiques, etc. Je ne parle pas ici de l'onanisme symptomatique des périodes de début ou d'excitation des psychoses pubérales, délirantes ou démentielles, des accès maniaques, des psychopathies organiques. On connaît la fréquence de la masturbation dans les prodromes des psychoses hébéphréniques, surtout dans les formes mystique et hypocondriaque de l'affection.

Comme on observe souvent l'éclosion de ces troubles psychiques chez les prédisposés qui se sont fait remarquer, dès leur enfance, par les anomalies de leur humeur, les bizarreries de leurs manières et de leurs goûts, souvent leur timidité, leurs tendances à la vie solitaire, et enfin leurs habitudes de masturbation, on a cru de tout temps à l'influence prépondérante de l'onanisme et des spoliations séminales dans l'étiologie de ces psychoses et de la démence précoce. Toute la littérature médicale antérieure au vingtième siècle représente l'onanisme comme un des fléaux de la jeunesse, le stigmatise en une rhétorique ampoulée, et décrit, en termes extraordinaires, les phases de la consomption irrémédiable à laquelle aboutit infailliblement le malheureux masturbateur.

On s'accorde actuellement à considérer l'onanisme comme un symptôme dont il convient, dans chaque cas

particulier, d'assigner la place et de préciser les relations au milieu des autres éléments du tableau clinique.

Or, dans le cadre des perversions instinctives, principalement dans les degrés inférieurs de la débilité mentale, l'onanisme précoce, persistant et associé à d'autres pratiques érotiques, solitaires et collectives, représente un des éléments les plus fréquents de la psycho-pathologie sexuelle.

L'*impudicité,* ou absence du sentiment de la pudeur, doit être signalée ici, comme une anomalie fréquente chez certains pervers, associée, surtout chez les femmes, à d'autres tares affectives et morales, et qui est un des caractères de l'état psychique des prostituées professionnelles. On sait que la *prostitution* peut être considérée, dans certaines conditions de précocité et d'associations psychiques, comme une forme féminine de criminalité constitutionnelle.

Au terme de l'énumération de ces diverses perversions sexuelles, il faut signaler leurs rapports intimes avec la débilité psychique, leurs associations entre elles et avec les autres dépendances épisodiques de la dégénérescence mentale, avec les tics, avec l'épilepsie, enfin avec l'alcoolisme, qui, sous forme d'appoints épisodiques ou d'intoxication chronique, multiplie et aggrave les manifestations de ces perversions génitales.

L'instinct de reproduction ne s'exerce pas seulement dans les fonctions génitales, il règle aussi les fonctions d'allaitement et de protection des jeunes. A ce titre, on peut annexer, à la série des troubles de l'instinct de reproduction, les perversions de ces tendances normales qu'on a groupées sous le nom d'instinct maternel.

L'*instinct maternel* (philogéniture de Gall et Spurzheim), dont on connaît les merveilleuses manifestations dans le monde animal, s'exprime chez la femme, non seulement par le besoin de nourrir et de soigner l'enfant dans la première période de sa vie, mais encore par toute une série d'émotions fortes et tendres, de sentiments profonds

de sympathie, de sollicitude, d'actes de dévouement et de sacrifice de soi-même, qui se prolongent, en s'atténuant souvent au cours des années, jusqu'à l'extrême vieillesse.

Or, on peut observer, chez certains débiles ou déséquilibrés, l'insuffisance, la nullité ou même la *perversion du sentiment maternel*. La pauvreté ou l'absence des manifestations de l'instinct maternel s'observe chez de grandes débiles, dépourvues d'affectivité, incapables de toute émotion tendre et de toute vie de famille ou de société.

La perversion, ou inversion, du sentiment maternel se manifeste non seulement par l'indifférence vis-à-vis de l'enfant, mais par l'antipathie, la haine et la répulsion. Ces sentiments pathologiques peuvent apparaître de très bonne heure, dès l'accouchement, et entraîner la mère à l'*infanticide*, indépendamment de toutes les conditions, d'ordre subjectif et objectif qui expliquent ce meurtre dans tant d'autres circonstances. La perversion du sentiment maternel peut s'éveiller plus tard, s'associer ou non à l'antipathie pour le père des enfants, et déterminer chez la mère toute une série de réactions : abandon, négligence, sévices, tortures, meurtre, vis-à-vis de ses enfants, dont on connaît les exemples dans les histoires d'*enfants martyrs*. Ces mères dénaturées, ces marâtres sont, pour la plupart, des débiles amorales, malignes, vicieuses, presque toujours alcooliques, associées à des maris ou des amants aussi pervers qu'elles-mêmes, et complices de leur conduite criminelle.

Je n'insiste pas sur ces faits, relativement rares, et je signale en passant l'existence des mêmes anomalies affectives chez certains pères ; l'absence ou la *perversion du sentiment paternel* sont d'observation plus fréquente et semblent comporter d'ailleurs des manifestations un peu différentes : généralement associées à l'alcoolisme chronique, elles se fondent souvent sur le sentiment de la jalousie, sur la croyance à l'infidélité de la femme, sur la négation de la paternité de l'enfant ou des enfants, avec méconnaissance des liens et des devoirs de famille.

Une autre variété de perversion du sentiment maternel

est réalisé par l'*attraction amoureuse de la mère vers le fils*, avec caresses ou rapports de nature incestueuse. L'*inceste* est beaucoup plus souvent commis par le père avec sa fille, ou encore entre frère et sœur, principalement dans les milieux ouvriers, où l'étroitesse du logis, l'intimité de la vie familiale et la communauté du lit, multiplient les occasions d'excitations génitales réciproques et réalisent le retour à la vie animale de l'humanité primitive.

A côté de ces perversions du sentiment maternel et paternel, il faut mentionner la *perversion du sentiment filial*, beaucoup plus fréquente ; et, d'une façon générale, *l'absence du sentiment familial*, qui s'observe chez beaucoup de débiles et de déséquilibrés, atteints d'autres anomalies affectives et morales. L'énumération de ces perversions sentimentales, relatives à la vie de famille, nous conduit par une transition naturelle à l'étude des perversions des instincts altruistes, relatifs à la vie sociale.

Instincts d'association

Instincts sociaux, altruistes, relatifs à la vie collective

Sous le nom d'*Instincts d'association, de sociabilité*, on peut grouper l'ensemble des tendances constitutionnelles qui permettent à l'individu de s'adapter à la vie collective, de jouer son rôle au milieu de ses semblables, et de se conformer, dans ses réactions habituelles, aux lois de la société. Ces tendances dérivent toutes de l'*instinct de sympathie*, en vertu duquel l'individu se sent attiré vers ses semblables et, d'une façon générale, vers les êtres vivants. L'instinct de sympathie, émané de l'accord des tendances motrices communes aux êtres semblables, répond à la nécessité, pour la conservation de l'individu et celle de l'espèce, de l'harmonie des actes chez les sujets du même groupe social. Il exprime *la tendance égo-altruiste*, qui résume en elle la combinaison des instincts de conservation individuelle, de reproduction spécifique et de solidarité grégaire, unis pour assurer, dans l'espace et dans

le temps, l'œuvre continue de la vie. Cet unisson biopsychologique des êtres d'une même groupe semble exprimer, dans la vie de l'espèce et de la société, la communauté primitive d'origine de tous ces êtres. L'instinct d'imitation, expression sensitivo- motrice réflexe de celle communauté originelle, est la manifestation primitive et élémentaire de cet instinct de sociabilité, que renforcent sans cesse les réactions continues de tous les individus les uns vis-à-vis de autres, dans les rapports des sexes, dans les rapports des générateurs et de leurs produits, enfin dans les rapports réciproques de tous les membres de la collectivité sociale. De cette collaboration continue naît le sentiment de la solidarité, de la sympathie attractive, de la nécessité et du besoin de l'entr'aide mutuelle. Ces émotions et ces sentiments, progressivement éclairés par l'intelligence, se traduisent par l'éveil de tendances de plus en plus altruistes et désintéressées : bienveillance, compassion, pitié, dévouement, etc. Ces tendances résultent du transfert à autrui de la sensibilité de l'individu, avec ses besoins, ses appétits, ses souffrances et ses désirs. De ce choc en retour affectif, véritable écho de l'égoïsme sollicité dans ses vibrations par les émotions d'autrui, naît la sympathie.

L'instinct de sympathie peut être, comme tous les instincts, exagéré, insuffisant ou nul, ou au contraire inverti, c'est-à-dire remplacé par des instincts contraires.

Je ne m'attarderai pas ici à étudier les anomalies par excès, avec ou sans déviation, de l'instinct de sympathie, qui peuvent aboutir, chez certains déséquilibrés, à des aberrations de la conduite, plus nuisibles à l'individu qu'à la société (*zoophilie*, etc.).

L'insuffisance ou l'*absence de l'instinct de sympathie* se confond, dans ses manifestations et ses conséquences, avec l'égoïsme, l'hypertrophie du sentiment de la personnalité, l'indifférence affective et morale, la tendance à la vie solitaire.

Les véritables perversions de l'instinct de sociabilité sont constituées par l'inversion des dispositions affectives nor-

males de l'individu vis-à-vis de ses semblables. Le sujet non seulement est indifférent aux souffrances d'autrui, mais il en jouit, il cherche à les provoquer et se complaît dans l'idée qu'il en est l'auteur. Je propose de désigner, sous le nom de *malignité constitutionnelle*, cette perversion de l'instinct de sympathie qui pousse l'individu à produire chez les êtres vivants, et particulièrement chez ses semblables, de la souffrance physique ou morale, à détruire leur bien-être, leur bonheur, leur santé ou même leur vie.

La malignité apparaît comme un cas particulier, mais de la plus haute importance sociale, d'une tendance plus générale encore, qu'on observe chez certains pervers, à détruire, non seulement les êtres vivants, mais les objets inanimés. Cette tendance à la destruction, ou *instinct de destruction*, éminemment précoce dans son apparition et primitive dans son essence, comme on le voit chez certains idiots, se manifeste par l'orientation systématique de la motricité vers le bris, le morcellement, la dilacération des objets. Tous les efforts de l'automatisme convergent, surtout au niveau des muscles des membres et des mâchoires, vers la démolition et le ravage. Ces tendances, dont on a décrit, sous le nom de *clastomanie*, de *krouomanie*, certaines manifestations chez les idiots, peuvent s'observer à tous les degrés d'intensité chez les enfants débiles et pervers, animés de l'instinct de destruction.

Dans ses « Observations sur la Phrénologie » (1818), Spurzheim s'exprime ainsi : « On observe que, parmi les enfants comme parmi les adultes, parmi les hommes grossiers et parmi ceux qui ont reçu de l'éducation, les uns sont sensibles et les autres indifférents aux souffrances d'autrui. Quelques-uns éprouvent du plaisir à tourmenter les animaux, à les voir torturer et tuer, sans qu'on puisse en accuser ni l'habitude, ni une mauvaise éducation... Ce penchant porte à la destruction, sans en indiquer l'objet, ni la manière de détruire ; il fait mordre, pincer, gratter, casser, rompre, déchirer, brûler, dévaster, démolir, ravager, noyer, étrangler, empoisonner et assassiner : je propose le nom de *destructivité*. »

La malignité représente l'instinct de destruction, dirigé contre la sensibilité physique et morale des êtres vivants. Cette analogie foncière qu'on observe chez certains animaux, chez certains pervers, entre les tendances destructives et les tendances malignes, est d'accord avec la notion de la nature primitive, antérieure à toute activité consciente et réfléchie, de cet instinct à base de répulsion, d'agressivité et de destruction, qu'on peut isoler sous le nom de malignité constitutionnelle.

Cette perversion instinctive se manifeste sous des formes multiples et plus ou moins complexes, suivant le niveau mental des sujets, leur culture, leurs aptitudes et la nature de leur caractère. La malignité des pervers inertes et apathiques ne se révèle pas de la même manière que la malignité des pervers instables et violents. La malignité des sujets doués de ressources intellectuelles ne se traduit pas par les mêmes actes que celle des idiots et des imbéciles. Enfin, la malignité varie beaucoup, dans son expression antisociale, selon les associations morbides qui la compliquent dans le domaine des sentiments et du caractère, ou par son mélange aux éléments pathologiques des psychoses et des névroses.

Chez l'idiot, la malignité revêt uniquement ou principalement la forme motrice et destructive. Elle se manifeste par des réactions violentes et brutales, le plus souvent d'ailleurs maladroites, contre les objets, les animaux et les personnes. A l'occasion des accès de colère, elle éclate sous une forme désordonnée, cruelle, souvent sanguinaire, avec un caractère de bestialité sauvage et féroce. Le sujet trépigne, frappe et mord, s'acharne à la destruction.

A un niveau mental plus élevé, chez l'imbécile ou le grand débile, la malignité instinctive s'exprime par des réactions un peu plus compliquées, souvent préméditées, préparées : mutilations et tortures infligées aux animaux, détérioration élective des objets, incendies volontaires, vols malicieux avec destruction de l'objet du vol. Chez les sujets moins débiles, la malignité inspire des actes plus

variés et plus personnels, à caractère plus intellectuel que moteur : taquineries, vexations, humiliations, médisances; attentats dissimulés contre le bonheur, la santé ou la vie des personnes de l'entourage ; actes anonymes de destruction des propriétés privées et publiques par l'incendie, les explosifs ; faits de vandalisme, organisation de catastrophes : déraillements de chemins de fer, sabotages individuels et isolés, bris ou souillure d'objets d'art, de vitraux, de choses précieuses ou décoratives, exposées aux attentats des passants anonymes, etc. Tous ces actes peuvent émaner du pur instinct de malignité, sans aucun esprit de rancune ou de vengeance.

Un des crimes les plus communs commis par les pervers atteints de malignité constitutionnelle est l'*empoisonnement*. L'étude psychologique et médico-légale des empoisonneurs démontre que cette criminalité spéciale est l'apanage des déséquilibrés, atteints de perversions instinctives, parmi lesquelles domine, comme un élément étiologique constant, parfois même seul en cause, la malignité. L'empoisonnement à répétition, en série, non motivé, apparaît comme l'acte d'un pervers qui tue, ou pour des raisons dont la futilité confond l'opinion publique, ou même sans pouvoir donner de son acte la moindre explication ; le crime est accompli pour satisfaire, chez le pervers, l'appétit de la souffrance et de la mort d'autrui. L'état mental des empoisonneurs présente d'ailleurs, outre la malignité, d'autres perversions et d'autres anomalies sur lesquelles, avec R. Charpentier, j'ai insisté ailleurs : égoïsme, inaffectivité, vie solitaire, cupidité, amoralité ; mythomanie, fréquemment sous la forme d'accidents hystériques, constamment sous la forme de mensonges, de négation systématique, d'intrigues, d'envoi de lettres anonymes, d'hétéro-accusations, de dissimulations, perfidie des desseins et scélératesse des manœuvres, voilées sous des dehors affectueux et câlins et des protestations de dévouement ; enfin, souvent, débilité intellectuelle.

L'*incendie* est, fréquemment aussi, principalement à la

campagne, l'œuvre de débiles pervers, poussés à mettre le feu non pas par obsession pyromaniaque, non pas par esprit de vengeance, mais par appétit de la destruction, par désir de provoquer une catastrophe, par pure malignité. Maintes fois, d'ailleurs, à cette malignité essentielle s'ajoutent, chez les incendiaires, d'autres mobiles : tels qu'un élément impulsif pyromaniaque, ou plus souvent encore, la jalousie, la rancune, le désir de se venger d'une injure, d'un renvoi, d'une dénonciation.

Une des formes cliniques les plus fréquentes de la malignité constitutionnelle est celle qui résulte de l'association, à cette perversion instinctive, de la tendance constitutionnelle au mensonge, à la fabulation et à la simulation, si fréquente chez les enfants et les débiles. Cette association détermine les différentes variétés de la *malignité mythopathique*.

La forme la plus simple de la mythomanie maligne est celle que j'ai étudiée sous le nom de *mythomanie malicieuse*. Elle comprend la série des fabulations orales, écrites ou machinées, que leurs auteurs organisent contre autrui. A cette catégorie appartiennent les mystificateurs d'habitude, qui s'ingénient à provoquer chez leur victime toute une série d'émotions et de réactions prolongées et pénibles. Le mystificateur choisit, comme victime, soit une personne de son entourage, généralement confiante et naïve, soit un groupe, une famille, soit même une corporation, soit enfin la société tout entière.

La *mystification* s'inspire, dans ses formes, des faits de l'actualité : envoi à la police de lettres anonymes, de dénonciations mensongères, de fausses pistes, de menaces, etc., dépôt de fausses bombes. Certaines mystifications révèlent chez leur auteur plus d'imagination et d'ingéniosité inventives que de méchanceté foncière. Dans d'autres cas, au contraire, la mystification traduit beaucoup moins la fantaisie de se divertir que la tendance maligne à nuire, le désir de faire à autrui du tort et de la peine.

Les séances de *spiritisme*, les faits d'*occultisme*, de *miracles*, les histoires de *maisons hantées*, sont l'œuvre, par-

fois savamment machinée, toujours enrichie et compliquée par la crédulité et la suggestion de l'entourage, de mythomanes malicieux, exploiteurs de la foi au merveilleux, tourmentés par le désir de provoquer chez autrui l'étonnement, le trouble, l'intrigue ou l'effroi.

La malignité peut revêtir une forme mythomaniaque beaucoup plus grave : celle de l'*hétéro-accusation calomnieuse*, et s'exercer au moyen de récits mensongers, de lettres le plus souvent anonymes, compromettantes ou accusatrices, de scènes dramatiques, etc. La *lettre anonyme* représente un procédé courant, que ses caractères de lâcheté sournoise désignent naturellement au choix des sujets pervers et malins. La lettre anonyme montre bien, précisément parce qu'elle est anonyme, l'absence de tout élément vaniteux dans les mobiles d'actes qui relèvent de la seule malignité. L'hétéro-accusation calomnieuse, souvent inspirée par la haine, la jalousie, la rancune, mais toujours avec une frappante disproportion entre le grief et la vengeance, s'exécute maintes fois par la dénonciation formelle, écrite ou orale, aux autorités, du prétendu coupable.

L'*hétéro-accusation génitale* représente une des variétés les plus fréquentes de ces fabulations malignes, organisées par les pervers contre l'entourage : elle est presque toujours dirigée par une jeune fille ou une jeune femme, souvent une fillette, contre un tiers innocent. Il s'agit alors d'une histoire de viol, de tentative de viol, avec strangulation ou mutilation de la victime, ou d'attentat à la pudeur avec violences, d'adultère, de grossesse, d'avortement criminel, etc. Dans presque tous les cas, le roman mythopathique est encadré dans une mise en scène dramatique : désordre des meubles, bris d'objets, traces de luttes sur la victime qu'on découvre bâillonnée, évanouie, etc. ; l'affaire, entourée de mystère, provoque une enquête judiciaire et aboutit parfois à la condamnation d'un innocent, que vient réhabiliter, bien des années plus tard, la révision du procès.

Le roman criminel est parfois à double héros, et revêt

la forme de l'*autohétéro-accusation génitale*, dans laquelle le sujet accusateur avoue sa faute et dénonce ses complices : fables de grossesse, d'avortement par un médecin ou une sage-femme, etc.

Dans d'autres cas, le roman mythopathique ne comporte plus d'élément génital. Il s'agit seulement de *tentative d'assassinat, de violences graves :* ligotage, bâillonnement, strangulation, etc., exercées dans un dessein de vol ou de vengeance, sur l'héroïne et l'auteur de la fable maligne.

L'association de la malignité à l'appétit de la jouissance sexuelle et à l'érotisme engendre le *sadisme* et le *sadifétichisme*, signalés plus haut au chapitre des perversions génitales.

L'association de la malignité avec l'amoralité et la vanité entraîne les débiles à des attentats, dont l'incendie du temple de Diane, à Ephèse, par Erostrate, reste un type fameux. Le groupe de ces faits intéressants a été étudié par P. Valette, élève de Lacassagne, sous le nom d'*érostratisme*.

L'association de la malignité avec la cupidité, chez les débiles amoraux, plus ou moins impulsifs, aboutit à la perpétration d'attentats contre la propriété et les personnes, de vols qualifiés et d'assassinats, de crimes avec violences, exécutés avec férocité et souvent pour un très maigre profit. Au cours de ces attentats, les criminels torturent parfois avec raffinement leurs victimes, qu'ils mettent à la question, pour extorquer leurs secrets et découvrir leur argent et leurs valeurs.

Outre la malignité, expression clinique de l'inversion de l'instinct de sympathie, on peut reconnaître une autre forme de perversion de l'instinct de sympathie et de sociabilité, souvent associée d'ailleurs à la malignité, mais moins grave que celle-ci dans ses conséquences, et qui s'observe chez beaucoup de débiles et de déséquilibrés, avec assez d'intensité et de continuité pour déterminer l'ensemble de leurs réactions, dominer leur conduite et carac-

tériser vraiment leur personnalité. Cette perversion instinctive, qu'on peut désigner sous le terme d'*instinct d'opposition*, de tendance à l'opposition, se traduit par les réactions contraires à celles de l'*instinct d'imitation*, que nous savons être à la base de la sociabilité. L'instinct ou l'esprit d'opposition, essentiellement constitutionnel chez certains déséquilibrés, apparaît dès les premières manifestations spontanées de l'enfant, persiste toute la vie et s'exprime par des réactions, réflexes et automatiques d'abord, conscientes et volontaires ensuite, de formule contraire à la formule générale, à la direction motrice qu'adoptent spontanément dans les mêmes circonstances les autres sujets, contraire au mouvement qu'on sollicite et qu'on cherche à imprimer. Au lieu de suivre l'impulsion qu'on leur suggère par la vue ou le sens musculaire, au lieu d'imiter ou d'obéir, les sujets résistent, demeurent dans l'inertie ou exécutent le mouvement inverse : ils opposent la rétraction à l'expansion, la flexion à l'extension des membres; la négation à l'affirmation, la fermeture à l'ouverture des yeux, de la bouche, etc., et inversement. Ils se détournent ou s'enfuient quand on les approche ou qu'on les appelle, refusent d'exécuter les ordres, de se prêter aux caresses, de se plier aux manœuvres nécessaires, etc. A un âge plus avancé, cet instinct d'opposition revêt des formes moins directes, moins élémentaires, plus complexes, plus déguisées, et s'exprime surtout dans les sentiments, les attitudes, les opinions, l'activité intellectuelle et la vie pratique.

A la désobéissance et à l'indocilité de l'enfant succède, chez l'adulte, l'esprit de discussion, de chicane, de résistance et de contradiction aux conseils et aux ordres, d'indiscipline, de révolte, de rébellion, etc. L'entêtement est une des formes les plus communes de l'esprit d'opposition. Très différent de la ténacité et de la persévérance, il marque une résistance stérile aux suggestions utiles. L'individu, défiant et toujours sur la défensive, reste dominé dans son attitude et ses réactions par cette loi d'antagonisme et de contraste, qui s'oppose chez lui au développe-

ment de la sympathie, de l'altruisme, et de l'adaptation sociale.

Ces tendances à l'opposition et aux réactions de contraste, qui apparaissent ou s'exagèrent au cours de certaines psychoses, étaient désignées par les anciens aliénistes sous le nom de « folie d'opposition ». Les mêmes manifestations ont été étudiées par Kahlbaum et Krœpelin, au cours des états catatoniques, sous le nom de « *négativisme* » et ont été attribuées, par le professeur de Munich, au barrage de la volonté. Ces troubles de l'activité volontaire s'observent souvent, en dehors des psychoses catatoniques et des états démentiels précoces, chez des débiles et des déséquilibrés, s'associent à d'autres anomalies des sentiments et du caractère, à d'autres perversions instinctives, et font partie de leur constitution.

Tous les éleveurs et les éducateurs d'animaux connaissent l'existence de cet instinct d'opposition, de cette indocilité, qui nuisent au dressage de leurs élèves.

On constate tous les degrés dans cette tendance à l'opposition, depuis la simple rétivité du caractère, jusqu'au plus irréductible et au plus indomptable esprit de rébellion. On peut mesurer les différents degrés de l'instinct d'opposition par l'influence plus ou moins efficace, sur les dispositions et la conduite des sujets, de l'éducation, de la discipline et des mesures de patience ou de rigueur, par l'inintimidabilité vis-à-vis de la peine.

L'inéducabilité, l'incapacité de s'adapter à la vie sociale sont les résultats ordinaires des formes graves de cet instinct d'opposition.

Au pôle inverse des tendances de l'activité spontanée et volontaire, figurent la passivité, la suggestibilité, l'incapacité de toute initiative personnelle, la soumission à l'influence d'autrui, le besoin constant de direction et de tutelle étrangères. En pareil cas, la personnabilité du sujet, dominée par l'exagération de l'instinct d'imitation, s'efface et disparaît, sans perversion instinctive véritable, puisque, si elle peut parfois être compromise dans ses intérêts par

de telles dispositions, elle s'adapte à la vie collective et ne peut entrer en conflit avec la société.

L'instinct d'opposition est fréquent chez les débiles apathiques, paresseux et inertes, qui manifestent une résistance tenace et souvent invincible à toutes les sollicitations extérieures, à toutes les invitations au travail. Mais il peut s'allier aussi à l'excitation ou à l'émotivité constitutionnelles, à l'instabilité ou à des tendances marquées à l'activité. Dans les deux cas, il est proportionnel, dans la gravité de ses conséquences, à la débilité intellectuelle et morale des pervers.

Associations pathologiques

Aux perversions instinctives s'associent toujours d'autres éléments morbides d'activité psychique, qui jouent un rôle considérable dans le déterminisme de la conduite des pervers Ces éléments, pour la plupart de nature congénitale, parfois cependant acquis et contingents, sont les degrés et les variétés de la débilité intellectuelle, les anomalies de la constitution psychique et du caractère, les tares, les maladies et les intoxications qu'on trouve, chez les dégénérés, si souvent associées aux perversions instinctives.

J'ai déjà indiqué, à propos de l'analyse des diverses perversions instinctives, les conséquences qu'entraîne dans la conduite des pervers, particulièrement dans la mise en jeu des tendances nocives, *le degré de développement de l'intelligence*. Plus celle-ci est rudimentaire et pauvre, plus le sujet sera, en général, limité dans le déploiement de sa funeste activité.

L'idiot profond, réduit à la vie végétative, n'est pas capable de nuire. L'idiot incomplet se montre souvent pervers, mais presque toujours incapable de manœuvres ingénieuses et de machinations subtiles. Il peut cependant, lorsqu'il est insuffisamment surveillé, accomplir, rapidement et subrepticement, de graves attentats contre les propriétés et les personnes : incendies, viols, meurtres, etc. La liste

est longue des actes destructeurs commis par des idiots irritables, méchants et jaloux, laissés libres et livrés à eux-mêmes, par un entourage imprudent.

L'imbécile, très souvent pervers, instable, agité, incapable d'attention dans le domaine intellectuel et d'inhibition dans le domaine volontaire, est encore plus dangereux, par la soudaineté, la brutalité et la gravité de ses impulsions criminelles (viol, incendie, meurtre, vampirisme).

Le débile est souvent exempt de perversions instinctives : et les exemples abondent de ces sujets, aussi pauvres en intelligence que riches en sensibilité affective et morale, qui démontrent la réelle indépendance du sentiment et de la raison. Lorsqu'il est atteint de perversions instinctives, le débile répond, dans l'infinie variété de ses réactions, au type du pervers; car, dans l'immense majorité des cas, les perversions instinctives s'associent à un degré plus ou moins saisissable de débilité mentale.

Chez les pervers, comme chez les sujets doués de moralité, l'impulsivité et les dispositions à la violence sont en général proportionnelles à la débilité intellectuelle. Lorsque le niveau mental s'élève, les tendances aux réactions brutales se font plus rares, et le pervers intelligent satisfait ses appétits criminels sous une forme plus psychique que motrice, avec plus de ruse et de persévérance que d'emportement et d'éclat. Les manifestations mythopathiques et astucieuses prédominent et la criminalité s'intellectualise.

Les *anomalies de la constitution psychique*, intéressantes à considérer dans leurs rapports avec les perversions instinctives, sont, d'une part, la paranoïa, d'autre part, la cyclothymie ou disposition aux alternatives d'excitation et de dépression de l'humeur, enfin, l'émotivité chronique.

L'association des perversions instinctives aux éléments de la *constitution paranoïaque* (orgueil, méfiance, fausseté du jugement), crée des états psychopathologiques complexes, continus, riches en manifestations singulières dans les habitudes, la toilette, le mode de vie, les occupations, les discours, etc., qui signalent à l'attention publique des

sujets profondément anormaux par leurs mœurs, leurs prétentions et leur conduite. Je n'insiste pas sur ces paranoïaques, plus ou moins étrangers ou hostiles à la société dont Trélat et Cullerre ont groupé les portraits, dans leurs belles études sur la folie lucide et les frontières de la folie.

La même combinaison aboutit à des états psychopathiques beaucoup plus graves, chez les *persécutés-persécuteurs* de toutes formules : processifs, hypocondriaques, familiaux, jaloux, politiques, et qui, à travers les variétés de leur orientation délirante, se signalent tous par leur égoïsme, leur vanité, leur inaffectivité, leur tendance à la haine, à l'envie, à la rancune, à l'esprit de révolte et de vengeance; produits hybrides de la perversité des instincts et de la constitution paranoïaque.

L'association aux perversions instinctives des *états d'excitation ou de dépression* engendre des formes cliniques et évolutives de la perversité morale fort intéressantes à considérer.

L'excitation constitutionnelle multiplie et aggrave les manifestations antisociales des pervers et crée la *forme* dite *agitée ou irritable* de la folie morale. La dépression constitutionnelle, par une combinaison moins nuisible, engendre la *forme* dite *torpide ou apathique* de la même affection. La paresse, habituelle ou par accès, de certains dégénérés pervers, n'est souvent qu'une forme de la dépression psychique et motrice.

L'alternance cyclothymique, régulière ou irrégulière, des états d'excitation et de dépression se traduit par une évolution alterne des manifestations morbides, par des *rémissions* temporaires dans l'activité désordonnée et malfaisante des sujets, par des *paroxysmes* d'agitation et de scandale, auxquels succèdent des périodes de calme et de tranquillité relative. (Déséquilibre maniaque intermittent et rémittent, de Mairet et Euzières.)

La *manie raisonnante*, dont on connaît la marche souvent rémittente, n'est qu'une combinaison, en proportions variables, d'éléments pathologiques empruntés à la para-

noïa, à la folie morale et à l'exaltation psychique constitutionnelle. L'analyse du déséquilibre mental et l'observation de la conduite des « maniaques raisonnants » démontrent cette proposition, qui éclaire d'ailleurs d'un jour satisfaisant les parentés, reconnues par tous les auteurs, entre cet état morbide, dans lequel Campagne avait voulu isoler une véritable entité nosologique, et la folie morale, le délire des persécutés-persécuteurs, et enfin les états continus ou périodiques d'excitation maniaque.

L'association de l'excitation constitutionnelle, de l'émotivité et des perversions instinctives, peut aboutir à une forme chronique *d'instabilité morale*, liée à l'instabilité intellectuelle ou psychomotrice, dont Mairet et Euzières ont bien décrit les variétés et analysé les éléments constitutifs.

Les accès de manie chez les pervers sensibilisent par périodes les tendances vaniteuses, malignes et antisociales, sous la forme de *manie* dite *coléreuse*, furieuse; l'excitation intermittente met en valeur les dispositions foncières de la personnalité, qui demeurent latentes, parce qu'elles sont refoulées dans leur expression, au cours des périodes de calme, chez le même sujet. Les légers accès d'hypomanie se traduisent ainsi, chez certains pervers, par des troubles intermittents du caractère, où dominent la vanité, la malignité perfide et destructive, et les dispositions coléreuses. Ces états ne sont que les formes atténuées, presque frustes, de la même combinaison fondamentale des éléments de la manie et de la perversité instinctive.

L'association aux perversions instinctives de la *constitution émotive* se révèle par le caractère obsédant et impulsif de certaines perversions des appétits alimentaires ou sexuels : dipsomanie, sitiomanie, toxicomanie; sadisme, fétichisme, masochisme, exhibitionnisme ; par la sollicitation impérieuse à l'accomplissement de certains actes immoraux ou criminels, sans lutte anxieuse véritable, puisque le sens moral est absent ou insuffisant, et que l'im-

pulsion s'accorde avec les tendances réelles du pervers. De nombreux vols ou incendies sont ainsi commis par des sujets plus cupides que kleptomanes, plus malins que pyromanes, mais chez lesquels on peut reconnaître cependant, dans le déterminisme de l'acte immoral, une ébauche d'obsession-impulsion, d'origine émotive, associée, sur le terrain de la dégénérescence, à la perversité morale.

L'émotivité constitutionnelle, surtout lorsqu'elle s'associe à l'excitation psychique, habituelle ou intermittente, peut se traduire sous la forme de l'*irritabilité* et des dispositions à la *colère*. Celle-ci, qui survient par accès plus ou moins fréquents ou violents, entraîne les pervers à des actes dangereux, essentiellement anti-sociaux, dont les résultats, une fois l'accès terminé, ne provoquent ni regrets, ni remords sincères, en raison de l'absence des sentiments affectifs et moraux. La colère, émotion physiologique dans ses manifestations rares, brèves, motivées et proportionnelles à leur cause, devient pathologique dans les conditions inverses. Elle éclate fréquemment, chez les débiles pervers, sous l'influence des motifs les plus futiles, principalement à l'occasion des défenses opposées à leurs tendances ou des blessures faites à leur amour-propre. Des raptus destructeurs sont déchaînés, dans l'accès de colère, sous forme d'impulsions réflexes ou automatiques, parfois inconscientes et secondairement amnésiques, à caractère violent, désordonné, prolongé, à forme clastique, meurtrière, torturante. Ces ouragans psychomoteurs ont de grandes analogies avec les réactions de l'épilepsie, dont les accès convulsifs ne sont d'ailleurs pas rares chez les mêmes malades.

Le *caractère* est la forme habituelle des réactions de l'individu, déterminée par son type physiologique, les conditions organiques de son tempérament et par ses tendances constitutionnelles. Il représente la synthèse de la vie affective et motrice et l'expression spontanée de la personnalité.

La formule, prompte ou tardive, rapide ou lente, éphé-

mère ou durable, de la réaction sensitivo-motrice; le ton habituel, agréable et expansif, ou pénible et répulsif, de l'humeur, expression psychologique de la cénesthésie ; enfin les autres conditions physiologiques ou pathologiques de l'équilibre humoral et fonctionnel de l'organisme : tous ces éléments, qui composent le caractère, peuvent présenter des variations et des anomalies, qui exercent une grande influence sur l'activité des déséquilibrés atteints de perversions instinctives.

On peut rappeler ici avec profit l'analyse et la distinction, proposées par Auguste Comte, des éléments constitutifs du caractère. Celui-ci comprend l'aptitude à agir, l'aptitude à maintenir, l'aptitude à résister.

On comprend quelles perturbations peuvent apporter à ces aptitudes, chez les déséquilibrés, d'abord les perversions dans les penchants et les mobiles ordinaires de l'action, ensuite les anomalies constitutionnelles de la paranoïa, de la cyclothymie ou de l'émotivité.

En dehors de ces facteurs pathologiques, dont l'influence est si grave sur l'humeur et l'activité, le caractère peut présenter en lui-même des anomalies constitutionnelles de formules diverses et même opposées, qui orienteront la conduite des pervers en des sens très différents.

Les différentes variétés de caractère sont conditionnées, en dehors de la vie affective qui est la source de toute activité, par le degré et les qualités de l'inhibition. C'est ce pouvoir d'arrêt, de ralentissement et de canalisation de l'énergie sensitivo-psycho-motrice en perpétuelle circulation dans l'écorce cérébrale, qui constitue la forme la plus haute de la volonté et de toute activité mentale. L'insuffisance de l'inhibition a pour conséquence l'excessive labilité des processus psychiques, la prédominance de l'automatisme, le déchaînement des opérations réflexes : d'où le dérèglement de l'aptitude à agir. De ce vice fondamental de l'inhibition relève le caractère de dégénérés excitables, impulsifs, indociles, turbulents, prompts aux réactions soudaines, explosives, violentes.

D'autres sujets, de formule psycho-motrice opposée, se

montrent, au contraire, inertes, torpides, passifs, lents dans leurs réactions, incapables d'initiative et d'effort. Ceux-ci pèchent non pas par excès d'inhibition, mais par apathie, par insuffisance de sensibilité physique et affective.

L'esprit d'opposition, d'indocilité peut exister, ainsi que je l'ai dit, aussi bien chez les pervers excitables que chez les pervers apathiques : chez les premiers, il revêt la forme active, agressive, coléreuse ; chez les seconds, la forme passive, négative et indifférente.

Les dominantes du caractère sont, dans le premier groupe des déséquilibrés : l'impulsivité, l'instabilité, la colère.

L'impulsivité trahit la prédominance du régime réflexe dans les opérations psychiques. L'instabilité, secondaire à l'insuffisance de l'inhibition dans le domaine psycho-moteur, se révèle par l'inattention continue, la mobilité d'idées et de sentiments, enfin par le besoin essentiel de changement de lieu, la tendance perpétuelle aux fugues, à l'errance et au vagabondage. La colère, manifestation agressive du sentiment d'aversion, est liée surtout à l'émotivité.

Les dominantes du second groupe de caractères sont l'indifférence, l'aboulie et la paresse, secondaires à l'anesthésie affective et morale, à l'atonie générale des réactions motrices et à la nature pénible de l'effort.

On conçoit, sans qu'il soit besoin d'insister, la diversité d'expression de la perversité instinctive chez des sujets de caractères si opposés, et l'on connaît, par l'observation clinique, la variété des combinaisons possibles entre tous ces éléments du déséquilibre du sentiment et de l'action.

Ces différents types morbides du caractère, lorsqu'ils sont très accusés, aboutissent, par un mécanisme variable, à un ensemble de conséquences pratiques qui se résume en un mot : *l'inadaptabilité sociale*. Que ce soit par inertie, paresse et incapacité d'effort, ou par instabilité, indocilité et incapacité de la maîtrise de soi, le pervers ne peut s'adapter aux nécessités de l'éducation, de

la discipline, de la vie commune ,du travail personnel ou collectif, et il représente, selon la nature et le degré des perversions instinctives associées aux anomalies de son caractère, un être *extra-social, para-social* ou plus souvent encore *antisocial*.

Parmi les tares constitutionnelles les plus fréquemment associées aux perversions instinctives apparaît au premier plan la *mythomanie*.

J'ai assez insisté sur la variété des manifestations de cette tendance pour n'y pas revenir. Je l'ai montrée, en effet, mise en jeu tour à tour par la vanité, la malignité, la cupidité, la lubricité. Associée à l'ensemble de ces tendances, elle se montre parfois sous la forme amoureuse et cupide, dans laquelle le pervers mythomane, faisant de la tromperie et du mensonge la règle de sa conduite sexuelle, satisfait ses tendances coquettes et ses appétits cupides à travers un tissu d'inventions et de fables romanesques. A cette catégorie appartiennent les polygames, qui contractent successivement, en changeant d'état civil et de résidence, plusieurs mariages légaux ; les séducteurs professionnels ; les escrocs au mariage, etc. Tous ces pervers se parent de faux titres, se vantent de prouesses et de fortunes imaginaires et visent, à travers leur comédie d'amour, la réalité des espèces sonnantes, sous forme d'emprunts ou d'avances. Ils arrivent souvent, par l'habileté de leur manège, à voler la famille de leur victime, à déshonorer celle-ci et à se dérober enfin par la fuite à toute enquête.

Une autre tendance morbide constitutionnelle souvent associée aux perversions instinctives est l'*instabilité*. Le besoin incessant de changer de lieu et d'errer, l'excitation locomotrice et l'humeur vagabonde, sont, chez les débiles, un des éléments fréquents et importants de leur inadaptabilité sociale. Doublée de perversité morale ou sexuelle, l'instabilité aboutit souvent au vagabondage criminel, avec sa vie misérable et accidentée, sa délinquance à répétition, et toute la série de ses attentats aux mœurs, à la propriété et à la vie des personnes.

Associée à la mythomanie imaginative et fabulante, l'instabilité constitutionnelle crée ces types intéressants de *mythomanie errante*, que j'ai ailleurs signalés, et qui, véritables fables en marche, mènent toute leur existence une odyssée mystérieuse et passent, à travers la société, sans livrer, souvent sans connaître eux-mêmes, le secret de leur vie. Leurs récits, tantôt abondants et prolixes, tantôt rares et pleins de réticence, sont un mélange inextricable de vérités et d'erreurs, de sincérité et de mensonge, où l'enquête n'aboutit souvent qu'à relever des lacunes et des contradictions, sans réussir à reconstituer l'identité du personnage.

La *paresse* est une tendance constitutionnelle très fréquemment associée aux perversions instinctives. Je l'ai souvent signalée chez les débiles et les déséquilibrés comme une expression : soit de la dépression psychique chronique ou intermittente, soit de l'excitation psychique, avec impossibilité d'attention et de continuité des opérations mentales, soit de l'apathie et de l'inertie avec aboulie de certains tempéraments ; la paresse est aussi liée à l'indocilité et à l'instabilité qui interrompent la continuité et compromettent les résultats du travail. Enfin, dans d'autres cas, la paresse est vraiment essentielle et, sans être liée à l'apathie ou à l'absence de volonté, apparaît comme une incapacité chronique de tout effort, de toute activité et de toute persévérance : il est impossible au sujet de maintenir son attention et de soutenir son application. La fréquence de la paresse chez les pervers a pu faire dire qu'elle était la mère de tous les vices et la faire ranger par l'Eglise catholique parmi les péchés capitaux. En réalité, il est des paresseux non vicieux, dépourvus de véritables perversions instinctives, et il est des pervers actifs et laborieux. La paresse n'est donc pas la cause des vices ; mais elle s'y associe, comme l'expression d'une insuffisance de la volonté et de l'activité, qu'il est naturel de rencontrer chez les débiles vicieux et pervers.

Parmi les maladies neuropsychiques souvent associées aux perversions instinctives, il faut signaler d'abord l'*épi-*

lepsie, qui en aggrave singulièrement les manifestations et les conséquences, par les altérations du caractère, l'impulsivité et les nombreux troubles de l'humeur, de l'activité et de la conscience, qui sont les satellites habituels du mal comitial.

Les pervers présentent souvent, au cours de leur existence, des accidents nerveux de forme variée : paralysies, contractures, troubles de la sensibilité, crises psychiques et convulsives, défaillances, etc., qui relèvent de l'*hystérie*. Ces crises redoublent dans les périodes difficiles et aux heures ingrates de leur odyssée : dans le cabinet du juge d'instruction, en prison, devant le tribunal, etc. Dans ces accidents, l'ancienne médecine voyait les symptômes révélateurs d'une grande névrose, au dossier de laquelle elle inscrivait l'ensemble des autres tares présentées par le sujet : perversions de l'affectivité et du sens moral, troubles du caractère, tendance au mensonge, vanité, coquetterie, malice, etc. Ainsi s'est créée la doctrine, on peut dire la légende, de l'état mental vicieux des hystériques. Les faits sur lesquels se fondait cette opinion étaient exacts et bien observés ; seule était erronée l'interprétation des rapports réciproques des éléments du tableau clinique.

Au lieu de subordonner à l'hystérie, révélée par ses symptômes spécifiques, l'ensemble des tares psychiques du pervers, il convient d'établir une relation sinon contraire, au moins différente, entre les faits observés par tous les auteurs, et de subordonner les accidents hystériques à la mythomanie, tendance morbide constitutionnelle constante chez les hystériques, très fréquente chez les pervers, et qui explique naturellement l'association, chez les mythomanes, de l'hystérie et des perversions instinctives.

L'hystérie, en effet, est constituée par l'organisation, plus ou moins inconsciente et volontaire, de syndromes morbides, réalisés par le malade grâce à une psychoplasticité particulière, qui assure entre le corps et l'esprit des relations exceptionnelles de synergie et de complicité. L'œuvre de mythoplastie est le produit de la collaboration

de l'imagination et de l'activité automatique du système nerveux : cette œuvre est réalisée, souvent sous l'influence de l'émotion, par la suggestion, et se traduit par des troubles fonctionnels que peut guérir la persuasion (Babinski). On comprend facilement, par cette définition, l'étroite parenté qui unit, sur le terrain commun de la mythomanie, l'hystérie et la simulation ; et l'on saisit toutes les formes de passage, toutes les situations intermédiaires, qui établissent, entre les accidents hystériques et les accidents simulés, une insensible transition. Chaque étape de ce passage ne peut être définie que par le degré de conscience et de volonté qui entre dans la genèse du syndrome observé, c'est-à-dire par une constatation d'ordre subjectif, de nature arbitraire, laissée à l'appréciation morale de l'observateur.

Je n'insiste pas davantage sur une conception, que j'ai exposée ailleurs, et qui autorise à ne considérer, dans les accidents hystériques observés chez les pervers, que les manifestations particulières, de nature mythoplastique, de cette tendance à la simulation et à la fabulation, que nous savons si souvent associée, chez les dégénérés, aux perversions instinctives.

Aux accidents hystériques s'ajoutent et se mélangent fréquemment des troubles de nature émotive, et cette combinaison s'exprime en crises psycho-névropathiques complexes, dans lesquelles jouent un rôle variable l'émotion, la suggestion, l'exagération et la simulation.

L'*alcoolisme* aggrave toutes les manifestations de la perversité affective, sexuelle et morale, soit à titre d'appoint, soit à titre de facteur principal, au cours des différentes formes de l'intoxication : ivresse, alcoolisme subaigu, alcoolisme chronique. Après avoir plus ou moins obnubilé la conscience, troublé le jugement, abaissé la moralité, et affaibli la volonté, l'alcool excite les mauvais appétits, sensibilise les perversions jusqu'alors parfois latentes et réfrénées, et multiplie l'impulsivité vers l'acte. La déchéance morale de l'alcoolisme chronique met en valeur les tendances morbides constitutionnelles de l'individu

et l'action du poison révèle le fond même de la personnalité.

D'autres empoisonnements, particulièrement l'usage de l'*opium* et de la *morphine*, jouent un rôle funeste, que j'ai signalé plus haut, dans la carrière des toxicomanes atteints de perversions instinctives.

Les pervers, d'ailleurs, connaissent l'action élective de renforcement sur leur énergie malfaisante de tel ou tel poison, particulièrement de l'absinthe et des boissons alcooliques, et recourent intentionnellement au toxique, pour supprimer leurs hésitations et assurer l'exécution de leurs mauvais desseins.

Il est inutile d'exposer ici les conséquences, particulièrement redoutables chez les sujets violents, du point de vue de la délinquance et de la criminalité sanglante, de l'association de l'alcoolisme et des perversions instinctives.

Cette revue sommaire des associations pathologiques de la perversité affective et morale démontre la multiplicité des éléments morbides en cause et la difficulté, dans chaque cas particulier, de l'analyse étiologique et clinique de la conduite et des réactions des pervers.

L'odyssée du pervers

L'étude analytique des perversions instinctives, telle que je l'ai tentée dans les pages précédentes, se heurte à la difficulté d'isoler les perversions les unes des autres, et de dégager, pour la description particulière, chacune d'elles du complexus psycho-pathologique dont elle fait partie. L'observation clinique démontre, en effet, qu'aucune perversion instinctive n'existe à l'état isolé, et que, si on peut essayer, dans une analyse théorique, de les distinguer et de les dénombrer, l'activité psychique réunit, dans la synergie de ses tendances et la complexité de son jeu, les éléments qu'on avait artificiellement séparés pour la facilité de l'étude. Non seulement on constate l'association entre elles des perversions, des appétits et des instincts, mais on observe, en outre, dans chaque cas

particulier, des anomalies de la constitution, du caractère et de l'intelligence, ainsi que des tares pathologiques variées. Du conflit de ces tendances et de ces éléments associés, résulte, pour chaque pervers, une orientation dominante, dans le sens soit de la vanité, soit de la malignité, soit de la cupidité, etc., mais avec les influences, toujours reconnaissables dans l'attitude et les réactions des sujets, des autres poussées instinctives, conjuguées dans le déterminisme de la conduite.

Aussi tous les auteurs adoptent-ils, pour l'étude des perversions instinctives, une méthode synthétique de description, et exposent-ils, dans un tableau unique et général, l'ensemble des traits caractéristiques du pervers.

Une telle méthode, en face de la complexité des faits cliniques, a quelques inconvénients : car elle expose les auteurs à rapprocher, dans l'énumération des attributs de la perversité instinctive, les traits les plus divers, empruntés aux anomalies, tantôt des instincts, tantôt de la constitution psychique, tantôt de l'humeur, tantôt du caractère ; elle aboutit parfois à la mise sur le même plan descriptif d'éléments de nature différente et d'importance inégale.

Pour apprécier, dans leurs rôles respectifs et leurs relations réciproques les tendances dominantes qui orientent la conduite de chaque pervers, il faut suivre le sujet, pendant bien des années, au cours de son existence. Le diagnostic de ces variétés morales de la dégénérescence mentale se dégage bien plus de l'annamnèse que de l'interrogatoire, et ne s'établit que sur les données d'une véritable biographie.

On trouve, dans la littérature psychiâtrique, de longues observations de débiles et de déséquilibrés pervers, suivis depuis leur enfance, à travers les phases de leur vie irrégulière et accidentée. Ces précieux documents, véritables archives de l'étude des perversions instinctives, permettent au clinicien de se faire une idée concrète et complète de ce type nosologique du pervers, étudié dans la variété de ses formes cliniques et la permanence de ses réactions antisociales.

La biographie comparée des pervers montre, à travers toutes les variétés cliniques de la folie morale, la constance et la valeur décisive d'un fait qui domine toute l'histoire des perversions instinctives : ce grand fait, c'est l'*inadaptabilité sociale* du pervers. Cette incapacité d'adaptation à toutes les formes de la vie collective se trahit à chacune des périodes de l'existence individuelle par des réactions caractéristiques de la part du sujet.

La vie n'est qu'une succession de milieux à traverser, de régimes à subir, de travaux à entreprendre, de responsabilités à accepter et de devoirs à accomplir. Chacune de ces étapes et de ces obligations constitue pour le pervers une épreuve, qui démontre son inadaptabilité permanente aux diverses conditions de la vie familiale, scolaire, professionnelle, militaire et sociale. Cette incapacité d'adaptation s'appelle, suivant les moments et les milieux successifs de l'existence, l'incorrigibilité, l'inéducabilité, l'indiscipline, l'esprit de révolte, d'anarchie, etc., et nous avons vu que, dans les formes apathiques et torpides de la perversité instinctive, l'indifférence, la paresse et l'inertie, également permanentes et irréductibles, aboutissaient au même résultat : l'impossibilité pour le pervers de vivre la vie commune.

L'évolution biologique du pervers comporte ainsi, dans les cas types, une série de réactions successives, qui permettent de la diviser en périodes d'épreuve, et de considérer, dans la pratique, autant d'aspects ou de faces de la personnalité du sujet qu'on étudie. Ces faces successives et différentes qu'offre, au cours de son odyssée, la psychologie du pervers sont, par ordre chronologique approximatif, la face *familiale*, infantile et adulte, la face *scolaire*, la face *militaire*, la face *professionnelle*, enfin les faces *judiciaire*, *administrative* et *pénitentiaire*.

Successivement considérée sous toutes ces faces, la personnalité du pervers se révèle inapte à la vie de famille, dès la première enfance, et, plus tard, à la vie conjugale, par son irritabilité ou son indifférence, par son inaffectivité ou sa malignité, la dépravation de ses appétits, de ses

goûts et de ses habitudes, son instabilité, etc.; inapte à la vie de l'école, où il réalise un type particulier, parmi les *enfants anormaux*, par son agitation et son indocilité ou sa paresse et son apathie, son incapacité d'attention et d'effort, etc.; inapte à la vie du régiment, par son indiscipline, sa négligence, ses désertions, ses révoltes, etc. ; inapte à la vie de travail, de ponctualité et d'application, que nécessite l'exercice d'une profession, par son instabilité, sa vanité, ses sentiments de jalousie et de méfiance, etc. ; inapte enfin à la vie normale et régulière, à cause de ses tendances à la délinquance et à la criminalité d'une part, et, d'autre part, à cause de ses habitudes de débauche et de boisson et de ses prédispositions psychopathiques. Celles-ci créent au sujet, par suite de ses condamnations militaires et civiles, de ses séjours dans les prisons, les asiles et les dépôts de mendicité, un riche dossier judiciaire, pénitentiaire et administratif.

Dans tous les milieux où il séjourne, le pervers est un *fléau :* fléau de famille, d'école, d'atelier, de régiment, d'asile, etc. ; car il devient partout un agent de corruption, d'indiscipline, de révolte et d'active contagion du vice.

L'odyssée du pervers présente certaines particularités, relatives à l'âge, au sexe et à la situation sociale des sujets. Les *enfants pervers* sont les agents actifs et précoces de la *criminalité juvénile*, et beaucoup d'entre eux, avant d'être moralement abandonnés, étaient déjà par eux-mêmes moralement perdus et condamnés. Les *femmes perverses* alimentent, en grande partie, les cadres de la *prostitution*, à laquelle elles sont prédestinées par leur paresse, leur amoralité, leur sensualité, leur impudicité, leurs tendances à la boisson, au vagabondage, à la vie irrégulière et à la fréquentation de sujets pervers, vicieux et cyniques comme elles. Les prostituées par tempérament diffèrent, de ce point de vue, des prostituées d'occasion, que les circonstances ont réduites à ce genre de vie, et représentent une variété très spéciale de perversité féminine, que Lombroso avait assimilée à la criminalité native, chez l'homme.

La vie entière du pervers apparaît ainsi comme une suite ininterrompue de bizarreries, d'extravagances, d'irrégularités, de fugues, d'engagements volontaires ; de délits et de crimes, de condamnations et de non-lieu, d'expertises, d'internements, d'incarcérations, de désertions, de simulations, de parasitisme des hôpitaux, des asiles et des dépôts, de faits de vagabondage, d'alcoolisme, etc. La caractéristique de telles existences est l'*irréductibilité des tendances perverses*, qui se traduit par le *récidivisme incessant de la faute, l'impossibilité de l'amendement du coupable :* en résumé, l'*incorrigibilité* du pervers.

On observe, dans l'échelle de la perversité morale, tous les degrés d'intensité et toutes les variétés de formes : idiotie, imbécillité et débilité affectives et morales, associées ou non à toutes les autres modalités de la dégénérescence mentale. Aussi est-il impossible de tenter ici, au nom de la clinique, une classification des pervers. On peut essayer une distinction et une analyse des perversions ; on peut reconnaître, chez certains sujets, la prédominance de l'une ou de l'autre de ces perversions ; mais à ces tendances, même prédominantes, s'associent dans chaque cas particulier, en si grand nombre et en proportions si variables, d'autres éléments, normaux et pathologiques, que chaque pervers apparaît comme un composé individuel, dont la formule échappe par beaucoup de ses côtés à l'étroitesse d'une dénomination exclusive et se dérobe, absolument comme celle de la personnalité normale, à la rigueur d'une définition et au cadre schématique d'une classification.

Etiologie

Les philosophes des anciennes écoles, les moralistes, les théologiens, ont maintes fois posé le problème de l'origine des tendances au bien et au mal, et de l'état moral primitif de l'âme humaine, chez l'enfant vierge de toute éducation, ou chez les premiers hommes, antérieurs à toute civilisation.

Chacun a résolu le problème dans le sens de son ca-

ractère et de ses croyances : mais tous l'ont considéré au nom de certains principes, religieux ou métaphysiques, et l'ont étudié avec des méthodes où le raisonnement, l'introspection et les préjugés intellectualistes faussaient les résultats incomplets d'une observation d'ailleurs insuffisante dans ses éléments et ses procédés.

Les deux thèses contraires de l'antériorité naturelle du bien sur le mal ou du mal sur le bien ont été soutenues, avec les arguments les plus subtils, par les esprits les plus éminents : toutes ces théories appartiennent actuellement à l'histoire de la philosophie.

La psychologie moderne n'a pas à prendre parti pour le pessimisme ou l'optimisme, pour les idées de Hobbes ou celles de J.-J. Rousseau. Elle se borne à étudier, le plus objectivement possible, le développement de l'activité psychique de l'animal et particulièrement de l'homme ; à constater les manifestations de certaines tendances, dont les unes existent dès la naissance, dont les autres apparaissent ensuite plus ou moins rapidement, et qui orientent l'automatisme de l'être tout d'abord vers sa propre conservation, ensuite vers la reproduction de son espèce, enfin vers la vie grégaire et l'association mutuelle des individus.

La psychologie retrouve, chez l'homme adulte, ces tendances primitives, qui continuent à diriger, à travers la complexité croissante des opérations mentales, l'énergie et les efforts de l'individu vers les fins essentielles de son activité : vivre, se perpétuer et s'associer : ces fins n'étant elles-mêmes que les formes différentes d'une seule tendance à durer, soit dans l'individu, soit dans l'espèce, en assurant cette durée, au milieu des dangers qui la menacent, par les avantages et les bénéfices de la vie collective.

A ces trois fins de l'individu, correspondent les trois instincts fondamentaux de la conservation, de la reproduction et de l'association. Chacun de ces instincts se manifeste, proportionnellement au développement du cerveau, par des tendances de plus en plus complexes, de plus en plus indirectement dérivées de l'instinct primitif. Ce sont

ces tendances qui, dans leur richesse et leur variété, composent précisément tous les mobiles de l'activité humaine.

Dans le perpétuel conflit de toutes ces tendances, la psychologie reconnaît chez les divers individus la prédominance de certains appétits, de certains penchants sur les autres ; et elle vérifie cette loi générale de l'ontogenèse, en vertu de laquelle ce sont les dernières acquisitions organiques et fonctionnelles de l'être qui sont le plus fragiles chez lui et le plus imparfaitement développées dans sa descendance : car elle observe que, de tous les instincts, le moins précoce, le moins stable et le moins puissant, est l'instinct d'association. Sur ce dernier venu de la trinité instinctive, les deux autres, plus anciens et plus fonciers, l'emportent dans le conflit des tendances. En effet, dans la majorité des cas, c'est l'intérêt personnel et l'attraction sexuelle qui dirigent l'activité de l'homme normal. Seulement, dans l'état actuel de la société et de la civilisation, il suffit d'un minimum d'instinct altruiste, chez un individu d'intelligence moyenne, pour permettre au sujet d'adapter ses tendances égoïstes aux devoirs de la vie sociale. L'accomplissement de ces devoirs, qu'indique la raison, que suggère la pratique et qu'ordonne la loi, s'impose à l'intérêt personnel bien compris de chacun des membres de la société.

L'instinct d'association, à base de sympathie et d'imitation, à fondement égo-altruiste, ne pourra donc acquérir d'intensité et d'excellence que chez les sujets à développement psychique complet et supérieur ; c'est pourquoi sont si rares, même chez l'élite, les tendances altruistes et les qualités morales qui représentent, avec les plus hautes manifestations de l'activité intellectuelle et volontaire, le couronnement de l'édifice psychique. D'un autre côté, l'observation montre que, par une loi complémentaire, les arrêts et les insuffisances du développement psychique portent principalement sur cet instinct de sociabilité et compromettent surtout les tendances altruistes.

L'aliéniste constate qu'à travers toutes les formes de la débilité et de l'aliénation mentales, le trait commun à tous

les malades qui peuplent les asiles, c'est l'absence ou la disparition des tendances altruistes et des qualités éthiques et morales qui caractérisent l'instinct de la société, c'est la prédominance des soucis égoïstes et du culte exclusif de la personnalité.

D'un autre côté, le criminologiste observe, dans les milieux pénitentiaires, qu'un grand nombre de délinquants présentent, outre les lacunes morales et les perversions instinctives qui les caractérisent, des troubles nerveux, sensoriels et intellectuels, des malformations somatiques, qu'on retrouve également dans leur hérédité ascendante et collatérale, et qui démontrent, sur le terrain commun de la dégénérescence, les étroites affinités de la débilité intellectuelle et de la débilité morale, des prédispositions psychopathiques et des tendances criminelles.

Toutes ces observations psychologiques, cliniques et médico-légales, imposent la notion de la nature pathologique et le plus souvent congénitale des perversions instinctives, de leur origine commune et de leur association habituelle avec la débilité et le déséquilibre de l'activité intellectuelle et volontaire.

L'arrêt ou l'insuffisance de développement explique ainsi l'absence ou la pauvreté des tendances affectives et morales. Le sujet manque alors de sensibilité, d'instinct de sympathie, d'inclinations altruistes. Ces qualités, dont le germe se trouve chez la moyenne des sujets normaux, et dont le développement et la culture rendent l'individu sociable et utile, font défaut par agénésie de ces instincts, chez le débile moral et affectif.

De telles lacunes compromettent gravement l'équilibre moral et la conduite sociale de ces débiles parce qu'elles laissent le champ libre au développement des instincts égoïstes et qu'elles privent le sujet, dans le conflit des tendances qui le poussent à l'action, d'éléments antagonistes et correcteurs. On ne peut cependant parler encore de perversions instinctives, au sens complet du terme. La perversion n'est réalisée, dans toute l'acception du mot, que par l'apparition et le développement, à la place de l'ins-

tinct normal, de tendances contraires et de sens nettement opposé : elle est réalisée par l'inversion des penchants normaux. L'agénésie des inclinations tendres et des sentiments de sympathie aboutit à l'indifférence affective. Mais la perversion des mêmes penchants attractifs est réalisée par la malignité, qui se traduit par la tendance à nuire et à détruire, par l'appétit du mal pour le mal, par la recherche essentielle de la souffrance d'autrui. Dans le cas d'agénésie affective et morale simple, l'être peut rester neutre, sans orientation hostile élective vis-à-vis de ses semblables : dans sa passivité indifférente, il sera toujours dirigé par son intérêt personnel, plus ou moins mal entendu : il sera prêt à tous les entraînements et capable de toutes les complicités. Dans le cas d'inversion affective et morale, le véritable pervers est poussé par des tendances mauvaises à des réactions, non seulement égoïstes, mais franchement agressives et dangereuses contre autrui : dans son activité maligne, il sera toujours entraîné, souvent même contre son intérêt personnel évident, à des attentats contre l'honneur, les biens et la vie d'autrui.

Si l'agénésie des instincts affectifs et moraux s'explique par une certaine variété de débilité mentale, l'inversion de ces instincts relève, dans le même domaine moral, de la déséquilibration psychique. A la débilité, notion quantitative, s'oppose ici, comme dans tous les autres domaines de l'activité nerveuse, le déséquilibre, notion qualitative, qui s'applique, non plus seulement à l'insuffisance génétique simple, mais à la déviation, au désordre et à l'inversion des réactions fonctionnelles. Si la débilité psychique peut être la conséquence d'arrêts de développement, d'aplasies de l'écorce, le déséquilibre des facultés doit plutôt relever d'anomalies congénitales ou précocement acquises de structure, qui troublent, dans leurs proportions et leurs relations respectives, les éléments cellulaires et les systèmes fonctionnels de la substance grise.

L'origine et les causes des perversions instinctives sont donc celles de toutes les autres formes de la débilité et de la déséquilibration psychiques. Toutes les lacunes, les dé-

viations et les inversions des tendances affectives, sexuelles et morales, que synthétise le vocable de perversions instinctives, correspondent, en effet, soit à des arrêts, ou à des anomalies de structure, soit enfin à des lésions acquises de l'écorce cérébrale.

Il est impossible de préciser la nature et le siège de ces anomalies et de ces lésions causales : celles-ci peuvent être d'ailleurs si légères qu'elles échappent complètement à l'investigation la plus minutieuse. Il est possible qu'elles consistent en des malformations encore insaisissables de l'architectonique corticale, qui suffisent à compromettre l'équilibre essentiellement complexe et précaire des plus hautes fonctions cérébrales. L'activité morale, en effet, expression la plus élevée de la sensibilité affective et de l'instinct de sympathie, plus nécessaire à l'harmonie et aux progrès de la vie sociale que l'activité intellectuelle, représente le couronnement c'est-à-dire la partie la plus fragile et la plus vulnérable de l'édifice psychique.

Aussi comprend-on facilement que, dans le domaine des fonctions psychiques supérieures, à un minimum de lésions puisse correspondre un maximum de troubles, et que les plus légères malformations corticales puissent entraîner dans l'activité mentale les lacunes et les déviations constitutionnelles les plus graves.

Il est inutile de répéter ici, à propos des formes affectives et morales de la débilité et du déséquilibre psychiques, les notions classiques, relatives soit aux éléments étiologiques bien connus de la dégénérescence mentale, soit à l'histoire de la famille névropathique, soit aux rapports généraux des malformations somatiques et des tares psychiques qui stigmatisent le dégénéré.

Une mention particulière doit être accordée à l'étiologie des *perversions instinctives acquises*. Un certain nombre d'observations probantes démontrent que chez un sujet, auparavant normal et correct dans ses instincts, ses sentiments et sa conduite, peuvent apparaître, sans autres troubles psychiques bien marqués, des perversions affectives et morales plus ou moins graves à la suite de trau-

matismes craniens, même sans fracture, ou d'affections cérébrales variées, aiguës ou subaiguës, qui guérissent, en laissant comme séquelles presque uniques ou au moins dominantes, sans diminution sensible de l'intelligence, des modifications profondes et durables du caractère, des tendances et des sentiments. Comme les mêmes atteintes, traumatiques ou infectieuses du cerveau peuvent, chez d'autres sujets, comporter des conséquences bien différentes, ou n'être suivies d'aucune modification mentale, il faut encore ici invoquer une prédisposition personnelle, une vulnérabilité psychique particulière.

Ces faits de perversions instinctives acquises, d'origine traumatique, inflammatoire ou toxique, sont, dans l'ordre de la sensibilité affective et morale, l'équivalent des déchéances et des perversions fonctionnelles, que peuvent déterminer, dans l'ordre de l'activité intellectuelle et volontaire, les mêmes influences pathogènes.

La réalité de la démence affective et morale précoce, secondaire aux encéphalopathies les plus variées, apporte une confirmation expérimentale à la notion de l'origine pathologique des perversions instinctives en général.

L'agénésie et l'inversion des instincts de sympathie et de sociabilité, qui aboutissent, surtout lorsqu'elles sont compliquées d'autres tares psychiques, à la délinquance et à la criminalité d'habitude, ont les mêmes origines et le même déterminisme que l'agénésie et les déviations des autres modes d'activité mentale qui aboutissent aux états psychopathiques.

Conclusions thérapeutiques et médico-légales

Aux termes de cet exposé, la perversité instinctive apparaît comme une forme de débilité et de déséquilibration psychiques, que compliquent toujours des associations pathologiques diverses, notamment des anomalies de l'intelligence, du caractère, de l'humeur et de l'activité, et qui se traduit, dans la pratique, par les actes antisociaux les plus variés.

La perversité des instincts, étant constitutionnelle, échappe, dans ses formes graves, à toute thérapeutique. Dans ses formes moyennes, et surtout légères, partielles, elle est susceptible, dans la mesure où le permettront les autres anomalies pour la plupart également constitutionnelles qui s'associent à elle, d'être plus ou moins amendée, et favorablement influencée par l'éducation, l'exemple et la culture morale. Mais ces succès, souvent plus apparents que réels, plus éphémères que durables, sont, en réalité, proportionnels dans leur importance à la bénignité de l'état pathologique. L'amendement moral du pervers est une illusion : soit de philanthropes et d'optimistes, qui croient à la vertu foncière du cœur humain et cherchent les raisons du vice autour de et non dans l'individu ; soit de psychothérapeutes théoriciens, qui croient à l'action bienfaisante du raisonnement et à la réfection d'une mentalité par la dialectique ; soit d'esprits religieux, qui croient à la grâce et à la rédemption du pécheur. Cette illusion sentimentale est d'ailleurs presque toujours, en dépit des leçons de l'expérience, partagée par les familles des sujets pervers.

Les mesures les plus efficaces sont, quand l'internement ne s'impose pas, l'application des méthodes médico-pédagogiques en rapport avec le cas considéré, la discipline, la sévérité, l'éducation par l'entraînement au travail et l'action constante de l'exemple. Ces mesures d'hygiène et de rééducation morale peuvent avoir une heureuse influence sur les sujets, non pas pervers, mais simplement débiles de la sensibilité morale, par agénésie relative, par insuffisance de développement des tendances affectives et altruistes. Ces débiles moraux, préservés des mauvaises contagions, pourront bénéficier des heureuses influences de l'exemple et de la psychothérapie.

C'est dans le monde des pervers que se recrutent les *délinquants* et les *criminels d'habitude*. L'observation objective démontre l'incorrigibilité de ces sujets, incapables d'adaptation sociale et d'amendement sincère ou durable, toujours en imminence de révolte et d'attentats, et dans cet *état dangereux*, dont le Pr Garçon a bien analysé

les éléments et la gravité, du point de vue des problèmes qu'il pose devant le Droit pénal. La plupart de ces délinquants récidivistes démontrent, par leur vie même, leur *inintimidabilité* par la peine, du moins par les peines tout à fait insuffisantes qu'on leur inflige. Aussi la répression devrait-elle être bien plus sévère, sinon pour intimider le criminel, au moins pour l'éliminer de la société pour un temps très prolongé ou perpétuel. Sans aborder la question de la responsabilité, trop importante pour être examinée ici, on peut affirmer que l'étude des perversions instinctives, en montrant les relations intimes qui existent, sur le terrain de la déséquilibration mentale, entre les psychopathes et les vicieux, entre les anormaux et les criminels d'habitude, montre l'erreur et le danger de la doctrine actuelle de la responsabilité, et donne toute leur valeur aux conclusions que le Pr Gilbert Ballet a formulées à Genève, en 1907.

Il faut substituer à la notion métaphysique et arbitraire de la *responsabilité*, la notion positive et objective de la nocivité, de la *témébilité* du pervers et du criminel, et créer des établissements spéciaux, intermédiaires à l'asile et à la prison, des *asiles de sûreté*, pour les anormaux dangereux, difficiles, etc., en un mot pour les sujets atteints de *perversions instinctives*.

CHAPITRE VIII

LES MENDIANTS THÉSAURISEURS

LES MENDIANTS THÉSAURISEURS

Nous ne pouvons reproduire ici le Rapport sur les perversions instinctives sans y ajouter ce petit chef-d'œuvre : l'article sur les « Mendiants thésauriseurs », *paru dans le* Paris médical (*juin* 1913).

Sous ce titre, qui, dans le contraste de ces deux mots, évoque l'association paradoxale de la misère et de la richesse, peut être esquissée l'histoire d'une catégorie de déséquilibrés, de psychopathes, atteints d'une variété spéciale de perversion instinctive, et dont le grand public entrevoit souvent, à la lecture des faits divers de la presse quotidienne, l'étrange odyssée et la fin lamentable.

Il s'agit de vieillards, maigres, d'aspect cachectique, offrant tous les stigmates de la misère la plus ancienne et la plus profonde, vêtus de guenilles sordides, vivant, dans un taudis souvent infect, des subsides de la charité privée et de l'Assistance publique. Ces malheureux, réduits au minimum de la nourriture, du vêtement et du logement, mangent les quelques morceaux que leur donnent leurs voisins, ou qu'ils recueillent aux soupes populaires, à la porte des casernes, des restaurants, des boulangers, etc. Ils mendient sur la voie publique, où la pitié des passants s'éveille à la vue de ces pauvres vieillards, épuisés de faim et de froid, véritables spectres de la misère et de l'iniquité sociales; ils sollicitent des secours, le plus souvent accordés après enquête sur leur véritable sort, dans les Mairies,

dans les œuvres de la charité privée, dans les offices de l'assistance religieuse : catholique, protestante et israélite.

Isolés, sans parents ni amis qui s'intéressent à eux, ces sujets habitent, souvent par tolérance du propriétaire, la même chambre depuis bien des années, et sont connus de leurs voisins, sinon dans leur vie passée et leurs relations antérieures, qui demeurent toujours plus ou moins mystérieuses, au moins dans leur situation misérable et leur dénûment, dont tout l'entourage témoigne aux inspecteurs et aux dames visiteuses. Lorsqu'un de ces solitaires meurt, il arrive parfois que les voisins se cotisent pour déposer, comme une dernière offrande au malheur, une couronne sur le corbillard des pauvres.

Or, après la mort, à l'occasion des formalités de l'ensevelissement du corps, ou du déménagement de la chambre, que révèle l'intervention des tiers ? On découvre l'existence d'un trésor, souvent d'une véritable fortune, plus ou moins soigneusement dissimulée dans une cachette : fond de placard, laine de grabat, doublures de vêtement, vieux pots enfouis dans un poêle hors d'usage, sous un amas de hardes, dans la terre même, etc. La somme trouvée varie entre quelques milliers et quelques dizaines de milliers de francs, dépasse souvent cent mille francs, et atteint parfois un chiffre plus considérable. Elle consiste en liasses de billets de banque, de titres et de coupons, souvent en rouleaux d'or et d'argent, en amas de pièces, soigneusement réunis par espèces, et classés par valeurs. Les papiers sont presque toujours sales, graisseux, usés par les frottements, déchirés au niveau des plis, souvent cousus entre eux ou dans des poches de gilet, de robe, de jupon. Très rarement, on trouve, avec l'argent en nature, des objets de valeur, tels que des bijoux ou des dentelles, etc.

On juge du scandale et de la surprise de l'entourage ; de l'attitude et des propos de ceux qui, pendant de si longues années, ont été trompés dans leur bonne foi et exploités dans leur charité par ces faux pauvres, qui possédaient, sous les dehors de la misère, plus d'argent que tous ceux dont ils sollicitaient l'aumône !

Le mendiant thésauriseur meurt, comme il a vécu, dans la solitude, le secret et la privation volontaire de soins et d'aliments. Comme on le verra par les observations qui suivent, ces sujets disparaissent à peu près tous de la même manière ; et, à l'occasion de leur mort, se déroule autour de leur cadavre, la même série invariable de réactions de la part de l'entourage.

Depuis plusieurs jours, les voisins n'ont pas vu sortir et errer dans le quartier le vieux ou la vieille que chacun connaît : on s'inquiète, on frappe en vain à la porte fermée du logement; enfin, on ouvre, avec ou sans intervention du commissaire de police, et on découvre, dans un tableau saisissant d'horreur, le cadavre squelettique, plus desséché que putréfié, de l'avare, que le médecin de l'état civil déclare avoir succombé à l'inanition et à la faiblesse, et, si le temps est rigoureux, à l'action du froid.

Le mort, le plus souvent vêtu de ses hardes, est étendu sur son grabat, dans lequel on trouve, en mettant au jour la fortune qu'il recèle, le secret de la vie et de la mort de son possesseur, tué par l'avarice sur son trésor.

Je rapporte ici, sans indication de noms ni de dates, quelques articles, extraits depuis plusieurs années de la presse quotidienne, où chaque histoire figure sous l'un des titres significatifs suivants : « La Mort de l'Avare », « Le Magot de la Mendiante », « Une Fortune dans une Paillasse », « Fausse Misère », « Un Trésor dans une péniche », « Un Avare tombe d'inanition », « La Mort de Mme Harpagon », « L'Amour de l'or plus fort que la Mort », « Les 7.600 de la Miséreuse », « 16.400 francs dans un taudis », « Misérable et Millionnaire », etc.

La lecture de tous ces récits, calqués, pour ainsi dire, les uns sur les autres, démontre bien l'uniformité et la rigueur des lois psychologiques qui président, avec un déterminisme aussi invariable, à la genèse de telles situations :

I. — Une bonne vieille femme de soixante-quatorze ans, qui vivait de la charité publique et d'un modeste secours de 30 francs que lui avait accordé l'Assistance publique, habitait

depuis de longues années dans une chambre modeste, au cinquième étage, 37 *bis*, rue Rébéval.

La concierge de l'immeuble se rappela hier, qu'elle n'avait pas aperçu sa locataire depuis trois jours. Très inquiète, elle frappa à la porte de la septuagénaire et, n'obtenant pas de réponse, s'en fut quérir un serrurier.

Le cadavre de la pauvre vieille était étendu sur le lit.

La gardienne prévint aussitôt le commissaire de police, qui vint procéder aux constatations et perquisitionna dans les hardes de la défunte. Quelle ne fut pas la stupéfaction du magistrat, en découvrant, enfouie dans la paillasse, une somme de 6.000 francs en billets de banque. La vieille avare était morte de privations à côté de son trésor.

II. — Dans une mansarde de la rue de la Mairie, à Béziers, vivait sordidement depuis de longues années Y..., âgée de soixante-trois ans, professionnelle de la mendicité. Depuis trois ans, sa propriétaire n'avait pu obtenir d'elle le paiement du logement qu'elle occupait.

Aujourd'hui, ne la voyant pas sortir, des voisins enfoncèrent sa porte et la trouvèrent morte sur un lamentable grabat. Le médecin de l'état civil constata que la pauvresse était morte d'inanition. Formalités closes, les autorités se retiraient, lorsque quelqu'un suggéra que la défunte devait dissimuler un magot.

On fouilla le logis, puis le cadavre lui-même. Entre la robe et la doublure était cachée toute une petite fortune : d'abord un sac en cuir contenant 572 francs; puis, cousus à petits points, un billet de banque de 500 francs, trente-six de 100 francs, et quatre de 50 francs; soit au total 4.872 francs.

La morte n'a pas d'héritiers, et c'est l'Etat qui encaissera sa laborieuse épargne.

III. — A Troyes, en janvier dernier, une septuagénaire Z... mourut de froid et de misère. Le commissaire de police, en procédant à une enquête, trouva des pièces d'or dans le taudis; il en avertit aussitôt le juge de paix, qui posa les scellés. Ils ont été levés aujourd'hui, et l'on a trouvé dans la misérable demeure une somme de quarante mille francs en or et en titres. Il reste encore à déblayer un amas de chiffons où l'on trouvera vraisemblablement d'autre argent.

IV. — Mme Vve X..., âgée de soixante ans, habitait sous les combles, rue de Crimée, 125, une misérable mansarde, dont quelques âmes charitables lui payaient le loyer.

Cette femme qui, au dire des voisins, sortait peu, était toujours vêtue de vêtements sordides et paraissait plongée dans la plus profonde misère. Grâce à sa misérable apparence, la malheureuse recevait des secours fréquents des œuvres charitables particulières du quartier.

Hier soir, sa concierge, ne l'ayant pas vue depuis quatre jours, se décida à frapper à la porte de sa chambre; n'obte-

nant point de réponse, elle ouvrit avec un passe-partout et pénétra dans la pièce.

Mme X... était étendue sur son lit, le corps à demi couvert de haillons, et paraissait privée de vie.

Un médecin, mandé en toute hâte, constata que la malheureuse respirait encore et la fit transporter à l'hôpital Andral; mais là, malgré les soins empressés qui lui furent prodigués, elle ne tarda pas à expirer.

Le commissaire de police du quartier de La Villette procéda aussitôt à une perquisition au domicile de la défunte.

La pièce, d'une saleté repoussante, contenait peu de meubles; mais, sous la paillasse à demi pourrie, le magistrat découvrit un paquet d'obligations du Crédit foncier et de diverses Compagnies de chemins de fer, plus une collection de bijoux très anciens de grande valeur.

V. — Il y a deux jours, un vieux marinier nommé François Y..., âgé de soixante-six ans, qui menait une vie sordide, se sentant malade, fit appeler deux débardeurs qui se trouvaient à bord de sa péniche dans le port de Sept-Saulx (Marne) et leur dit : « Je vais mourir, je déshérite ma famille; cherchez dans le bateau : vous vous partagerez l'argent que vous trouverez ».

Deux heures après, Y... mourait. Les deux débardeurs retournèrent sa paillasse, et quelle ne fut pas leur stupéfaction en découvrant, enveloppée dans de vieux journaux, une véritable fortune, composée de cinquante mille francs en billets de banque, 7.000 francs en or et 70.000 francs en valeurs diverses.

Ils firent part de leur trouvaille au maire de Sept-Saulx, qui mit l'argent sous séquestre en attendant que les véritables héritiers puissent faire valoir leurs droits.

VI. — Mme Vve Z... habitait depuis vingt-sept ans le même appartement, rue d'Ulm. Jamais elle n'en ouvrit les fenêtres, ni n'en battit les tapis, pas plus qu'elle n'épousseta les meubles. On la trouva morte hier matin, étendue sur son lit, sans draps, dans une saleté repoussante. On trouva, par contre, près de cent mille francs en valeurs et en or dans la travée d'une vieille commode. Elle avait soixante-six ans.

VII. — Au numéro 8 de la rue des Terras à Angers, décédait, le 21 février, un vieux bonhomme de quatre-vingts ans, le père X..., ancien blanchisseur, que l'on croyait dans une misère profonde.

A son lit de mort, il refusait les remèdes à cause de leur prix.

Or, en pénétrant hier au grenier de l'immeuble habité par le défunt, M. Y..., son neveu, a découvert une malle au fond de laquelle se trouvait une collection de pots de rillettes remplis de pièces d'or et de billets de banque. M. Y... compta ainsi 53.000 francs.

VIII. — Un incendie se déclarait hier, dans la soirée, au n° 14 de la rue Zacharie, dans le 5e arrondissement à Paris,

chez un chiffonnier nommé X... et connu dans le quartier sous le nom du « père la Zézette ». Lorsque les voisins, aidés des pompiers, purent se rendre maîtres du feu, ils se trouvèrent en présence du cadavre du chiffonnier, qui avait succombé à l'asphyxie, d'autant plus facilement qu'il était en état d'ivresse quand le sinistre a éclaté. Le commissaire de police du quartier de la Sorbonne allait se retirer, après avoir procédé aux constatations d'usage, lorsqu'en fouillant dans les chiffons à moitié consumés pour établir l'identité du mort, il trouva un paquet de billets de banque, formant un total de 10.000 francs en billets de 100 francs, puis 6.400 francs en or, mêlés à des détritus de toutes sortes. Cette somme fut immédiatement mise sous scellés et envoyée au greffe de la Préfecture de police.

Cette découverte étonna d'autant plus le magistrat que le « père la Zézette » était considéré comme un indigent. Il recevait des subsides de l'assistance publique; il touchait une rente de 1.200 francs par an dans une compagnie d'assurances parisienne

IX. — M. C..., commissaire de police, était appelé hier à constater le décès de Mme Y..., cinquante-quatre ans, demeurant, 137, rue du Chemin-Vert.

On considérait cette femme comme une originale.

Lorsque le commissaire de police fut appelé à constater le décès, il put, un instant, d'après de vagues rumeurs, croire à un crime. Il refusa le permis d'inhumer et ouvrit une enquête.

Le médecin légiste, requis par lui, constata que Mme Y... était morte de faim. Dans la paillasse de son lit, on trouva des billets de banque et des titres au porteur représentant au bas mot une somme de soixante-quinze mille francs.

A côté de ce petit trésor, la pauvre maniaque, qui vivait de mendicité, s'était laissée mourir d'inanition.

X. — Une miséreuse, X..., âgée de soixante-huit ans, domiciliée dans une étroite et sale cahute de la route de Boissy, à la Queue-en-Brie, mourait avant-hier des privations endurées pendant sa vie.

Emues de compassion, des voisines vinrent veiller le corps et procéder à sa toilette; mais quelle ne fut leur stupeur en découvrant, dissimulée dans un placard, sous des hordes loqueteuses et sales, une véritable fortune : il y avait là, en effet, une somme de 6.000 francs en billets de banque et un tas de pièces d'or italiennes. Enfin, dans un bas qui servait de coffre-fort à la mendiante, on trouva une liasse de valeurs représentant la coquette somme de 50.000 francs.

La vieille avare avait préféré mourir de faim et de froid plutôt que de toucher à son trésor.

XI. — Depuis deux jours, on n'avait pas aperçu, à Montgeron, M. Y..., cinquante et un ans, demeurant 4, rue de Bellevue. Le propriétaire de l'immeuble, fort inquiet sur le compte de son locataire, fit prévenir la gendarmerie de Villeneuve-Saint-Georges, qui vint faire une enquête sur place. Comme la mai-

son où habitait M. Y... était hermétiquement fermée, un serrurier fut requis et on pénétra dans le logement. Dans le vestibule M. Y... était étendu mort, entièrement dévêtu. On n'a relevé sur son corps aucune trace de violence, et le docteur Gauthier, qui a procédé à l'examen du corps, a conclu à une mort résultant de privations. Le fait semble extraordinaire, pour cette raison que M. Y... avait un dépôt de 70.000 francs chez un notaire, à Brunoy. Il faut donc admettre, si la mort est naturelle, que M. Y..., qui d'ailleurs avait toujours vécu très misérablement et passait pour être très intéressé, se serait laissé mourir de faim par avarice.

XII. — Une vieille mendiante de Blois, la Veuve X..., âgée de soixante-douze ans, mourut il y a quelques jours. Elle n'avait ni parents ni amis. La police, prévenue par les voisins, se rendit chez elle et découvrit dans son infect taudis différentes valeurs, deux livrets de caisse d'épargne; 1.000 francs en sous et un certain nombre de pièces d'or et d'argent.

On trouva avec les papiers, un testament par lequel la veuve X... instituait légataire universel l'un des gendarmes de la brigade de Blois, qui ne la tracassait point lorsqu'elle mendiait.

XIII. — A New-York, le millionnaire Benjamin Hadley est mort, hier, dans le Massachusetts, à l'âge de quatre-vingt-dix ans.

D'une frugalité frisant l'avarice, Hadley se nourrissait de morue, de pommes de terre et ne buvait que de l'eau.

Le défunt n'avait jamais été au théâtre et prétendait n'avoir dépensé, dans toute sa vie, que cinq francs d'omnibus et de chemins de fer. Il n'est pas entré une seule fois chez un coiffeur durant ses quarante dernières années.

XIV. — Un fait presque incroyable est signalé de Tolkewitz, près de Dresde, par le *Berliner Tageblatt*.

Récemment, l'ancien recteur Rademacher et sa fille sont littéralements morts de faim. Leur pauvreté étant connue, non seulement ils ne payaient pas d'impôts depuis longtemps, mais encore ils étaient aidés de façon discrète par différentes personnes. En faisant l'inventaire de la chambre occupée par ces malheureux, on trouva sous un lit une boîte à cigares contenant des valeurs d'Etat s'élevant à 375.000 francs.

D'après les dernières volontés du recteur, cette fortune est léguée à deux sociétés protectrices d'animaux de Berlin et de Breslau. L'Etat et la ville remettront aux légataires cette fortune diminuée du montant des impôts qui n'avaient pas été payés depuis plusieurs années.

XV. — La face hâve, les jambes molles, un pauvre vieux, vêtu de loques sordides, se traînait péniblement hier après-midi dans la rue du Bois, à Clichy. Soudain, le miséreux chancela et s'abattit comme une masse sur le trottoir. Des agents le relevèrent et le conduisirent au commissariat de police, où un

médecin, mandé en toute hâte, constata que le malheureux mourait d'inanition.

Il fut impossible d'interroger le vieillard, plongé dans une sorte de coma. On se décida alors à le fouiller, et quelle ne fut pas la stupéfaction du commissaire en découvrant, dissimulée dans la doublure du veston du malade, une somme de 3.000 francs en billets de banque. Les précieux papiers étaient presque effacés. L'avare possédait, en outre, deux obligations de la Ville de Paris 1875 et trente francs de menue monnaie, le tout enveloppé dans un morceau de chiffon graisseux.

Ce descendant d'Harpagon, qui préférait mourir de faim plutôt que d'entamer son magot, a été envoyé à l'hôpital Beaujon.

XVI. — Des employés de la gare Saint-Lazare trouvaient hier, couchée sous une banquette, une femme en haillons qui paraissait être dans le plus complet dénuement. On la conduisit au commissariat. Comme elle ne pouvait indiquer son domicile, on la fouilla. C'est ainsi que l'on trouva dans les doublures de sa souquenille cinq billets de mille francs et deux livrets de caisse d'Epargne, l'un de 1.200 et l'autre de 1.400 francs.

Cette femme est une habituée des salles d'attente. Elle est connue de la plupart des employés. C'est miracle qu'elle n'ait pas été volée jusqu'à présent.

Parmi ces mendiants thésauriseurs, quelques-uns n'ont même pas de domicile et sont des vagabonds (obs. XV et XVI). Ces sujets errants portent sur eux leur fortune; et c'est à l'occasion de leur arrestation, lorsqu'on les fouille, que la Police découvre, dissimulé dans les doublures ou les poches cousues de leurs vêtements, le trésor dont il ne se séparent jamais et dont ils connaissent le compte exact et détaillé.

J'ai souvent eu l'occasion, à la Préfecture de Police, d'examiner de ces mendiants thésauriseurs vagabonds, que la singularité de leur mise et de leur tenue, la bizarrerie de leur propos, le caractère énigmatique et absurde de leur allure et de leurs réactions, avaient signalés à l'attention des commissaires, et fait diriger sur l'Infirmerie spéciale. Avant l'examen médical, les surveillants découvrent, en fouillant ces malades, de véritables fortunes, contenues non seulement dans les poches et les doublures, mais souvent dans des sacs de toile ou de cuir, grossièrement fabriqués par les sujets eux-mêmes, et cousus dans des ceintures de linge ou de flanelle, renforcées de ficelles, et enroulées

autour du corps. Ces sacs-ceintures, vétustes et sordides, renferment des liasses de billets de banque, et des rouleaux de pièces d'or et d'argent, dont le classement, le décompte et le dépôt nécessitent, de la part du personnel de l'Infirmerie, une minutieuse attention et de longs calculs. On peut voir, à l'occasion de ces inventaires, des tables couvertes de billets de mille francs et de piles de pièces d'or, à côté d'un misérable vagabond, que son air de souffrance et de dénuement a toujours garanti contre les voleurs. La confiscation momentanée de leur fortune provoque chez ces sujets de l'inquiétude, de la mauvaise humeur et des réclamations incessantes et monotones, sans véritable sentiment d'anxiété ou de révolte. L'avare se rend compte que son bien n'est pas perdu, qu'il lui sera bientôt rendu; et c'est cette notion, plus ou moins claire, qui lui épargne l'accès d'anxiété et de confusion délirantes que Molière, dans une scène fameuse, décrit chez Harpagon, après le vol de sa cassette et la perte de son trésor.

Il ne faut pas confondre d'ailleurs, avec les mendiants thésauriseurs, certains aliénés vagabonds, qui portent avec eux leur argent, non pas comme un avare son trésor, mais, comme un persécuté ou un anxieux sa fortune ; ces malades, loin de thésauriser et de mendier, sont des persécutés migrateurs, qui, pour échapper à leurs ennemis, changent continuellement de domicile et, par méfiance et par crainte du vol, emportent leur avoir, et le dissimulent sous leurs vêtements.

A l'Infirmerie spéciale, lorsque l'aliéné thésauriseur est interné, sa fortune est déposée, par les soins de la Préfecture de Police, au service de la Tutelle des Aliénés, dans les coffres-forts du deuxième bureau de la Préfecture de la Seine, où l'argent est conservé en nature, pour être rendu lors de sa sortie au malade guéri. On sait que tout malade interné d'office est pourvu par la loi d'un administrateur provisoire, choisi par la Commission de Surveillance des Aliénés, qui s'occupe de la gestion des biens du malade au mieux de ses intérêts.

De tels sujets sont souvent, non seulement des déséquili-

brés, réduits, par leur avarice et leurs anomalies mentales, à la mendicité et au vagabondage, mais parfois aussi des aliénés, atteints de délires variés, polymorphes, souvent anciens, et où dominent toujours les idées de persécution. Ces délires représentent le développement et l'exagération des tendances morbides constitutionnelles de l'individu à l'égoïsme, à l'inaffectivité, à l'isolement, à la méfiance hostile de l'entourage, etc. Les troubles profonds du sentiment et de l'activité, qui s'observent chez de tels sujets, peuvent aboutir, en effet, à des états délirants chroniques, où l'avarice et le vagabondage ne représentent que des anomalies secondaires.

Le mendiant thésauriseur meurt presque toujours sans testament. Isolé du monde, dénué de toute affectivité, incapable de toute tendance altruiste, il ne saurait détacher de sa personnalité la notion de sa fortune et considérer que son argent, qu'il ne consacre même pas à ses besoins essentiels, puisse être à la disposition d'autrui. Par suite de l'aberration délirante de l'instinct d'épargne, le trésor qu'il possède et ne cesse d'accroître est devenu, non seulement partie intégrante, mais partie principale de son individu, et il ne pense pas plus à léguer son argent que sa tête ou son cœur. Cette fusion entre la personne et sa fortune est éloquemment exprimée par ce propos d'une avare à l'agonie, que rapporte Rogues de Fursac : « Je voudrais, disait-elle, faire fondre tout ce que je possède dans un verre d'eau et l'avaler avant de partir ! »

Il est extrêmement probable que certains mendiants thésauriseurs meurent ainsi, non seulement sans testament, mais encore sans indication pouvant mettre l'entourage sur la trace de leur trésor, habilement dissimulé dans une cachette introuvable, enterré dans un coin secret, scellé dans un mur, etc. On continue, après leur mort, à ignorer leur secret; et ce n'est que bien plus tard, longtemps après l'effacement de tous les souvenirs et la disparition de tous les témoins de leur existence, que, au hasard d'une démolition, de fouilles de terrain, etc., on met à jour, enfoui dans un pot de terre ou une casserole, le trésor d'un avare

inconnu. D'heureux acheteurs héritent ainsi, au cours de certaines ventes, de petites fortunes, dissimulées par des thésauriseurs ignorés dans des cachettes pratiquées avec art dans des coffres, des meubles, des tableaux, etc. Il est possible que les découvertes, signalées de temps à autre, dans certains terrains, de pots remplis de monnaies archaïques, proviennent, entre autres origines, de dépôts effectués, au moyen âge ou dans l'antiquité, par des avares thésauriseurs, sous l'influence de perversions instinctives demeurées secrètes pour leurs contemporains.

Lorsque le mendiant thésauriseur laisse un testament, ce n'est jamais en faveur d'un parent ou d'un ami, mais à l'adresse d'un légataire ou d'une œuvre, dont la désignation signifie l'intention arrêtée, chez le testateur, de frustrer ses héritiers naturels, ou d'étonner l'entourage, ou de faire preuve d'un esprit malicieux et méprisant. Les testaments des sujets XII et XIV indiquent, par leur originalité, des tendances, sinon pathologiques, au moins bizarres, chez leurs auteurs. La note XIV permet de penser à la réalité d'un cas d' « avarice à deux », avec thésaurisation en commun, chez un père et sa fille, morts de privations et de faim, auprès d'une fortune de 375.000 francs. L'avarice étant toujours une passion solitaire, évoluant chez des individus jaloux du mystère de leur fortune et du secret de leur cachette et de leurs pratiques, il est intéressant d'observer, dans le domaine d'une espèce morbide si essentiellement égoïste, un couple de mendiants thésauriseurs, strictement conforme, d'ailleurs, dans son histoire, aux lois du délire à deux.

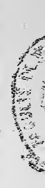
On observe parfois, chez les vieux mendiants thésauriseurs vagabonds, plus ou moins délirants et en voie d'affaiblissement psychique, la tendance à collectionner, non seulement les pièces de monnaie, mais de multiples objets dépourvus de toute utilité et de toute valeur. Ce *collectionnisme* disparate et automatique, à caractère démentiel, indique chez le sujet la déchéance intellectuelle, et ne représente qu'un vestige inconscient des anciennes habitudes et des tendances foncières de l'avare.

Tel était le cas d'un avare que j'ai observé à la Maison de La Rochefoucauld. Ce vieillard, âgé de plus de quatre-vingt-dix ans, véritable type d'avare sordide et thésauriseur, atteint de démence sénile, collectionnait pêle-mêle avec ses pièces de monnaie et ses coupons, des boîtes, des cailloux, des clous, des bouts de bougie, etc., dans ses tiroirs, sa table de nuit, son lit, etc. Il portait ces étranges collections à une agence du Crédit Lyonnais, où il prétendait les entasser avec ses valeurs, dans le coffre-fort où s'accumulaient depuis cinquante ans ses stériles économies. On remarquait, chez lui, l'expression de finesse, de méfiance et d'âpreté du visage et de l'attitude, ainsi que la flexion crochue permanente des doigts, la complexité des lignes et l'éloquence du geste de sa main d'avare.

Les mendiants thésauriseurs appartiennent nosographiquement à la classe des avares, parmi lesquels ils constituent une variété particulière. Les limites de cet article ne me permettent pas d'exposer ici, même à grands traits, la psychologie de l'avare, dont Rogues de Fursac a tracé récemment une excellente étude. Dans cette monographie très complète, notre distingué collègue a bien montré l'origine instinctive, profonde et lointaine, de l'avarice, anomalie primitive de la tendance à l'épargne; l'étiologie dégénérative et les parentés morbides de cette anomalie; ses caractères différentiels avec les pseudo-avarices du pauvre honteux, du pusillanime obsédé par la crainte du dénuement, du cupide, du collectionneur, etc. ; il a analysé avec justesse les traits fondamentaux et accessoires de la psychopathologie de l'avare, l'absence ou l'insuffisance manifeste des sentiments affectifs et altruistes, le manque d'imagination, l'horreur du risque, la méfiance, l'isolement matériel et moral, le rétrécissement progressif de l'activité psychique, l'inconscience de la nature morbide de sa passion, l'inaptitude à la criminalité, etc.

Entre tous les avares, les mendiants thésauriseurs se distinguent par quelques caractères particuliers, qui expliquent leur genre de vie et leur situation dans la société.

Tout d'abord, la paresse et l'inertie les éloignent de tout travail régulier et les poussent à la mendicité. Ensuite, on remarque chez eux une absolue indifférence, physique ou morale, aux plus dures privations matérielles comme aux pires situations sociales. Leur anesthésie à la faim, à la soif, au froid, à tous les besoins ordinaires de l'homme civilisé, progressivement accrue par l'habitude de toutes les restrictions, révèle chez ces psychopathes l'existence parallèle de véritables anomalies de la nutrition et de la sensibilité. Leur extraordinaire tolérance pour l'inanition et les variations du milieu extérieur, leur étonnante vitalité, qui explique le grand âge auquel ils arivent malgré un tel régime, apparaissent comme des traits caractéristiques de ces sujets. Ces qualités de résistance vitale, inhérentes d'ailleurs à l'intensité, chez de tels égoïstes, de l'instinct de conservation personnelle, sont encore plus manifestes chez les mendiants thésauriseurs vagabonds. Ceux-ci, incessamment poussés par leur instabilité constitutionnelle à la vie errante, et porteurs d'une fortune ignorée et inutile, cheminent à travers la société comme les représentants paradoxaux de deux tendances en apparence opposées : l'instinct nomade et l'instinct d'épargne. Au fond, la coexistence de ces deux anomalies biologiques, à première vue contradictoires, s'explique naturellement par les lois du déséquilibre psychique, en vertu desquelles s'associent souvent, chez le même individu, les formes opposées de l'activité morbide. Il y a loin, d'ailleurs, des formes normales de la vie nomade et de l'instinct d'épargne, aux manifestations morbides du vagabondage et de l'avarice.



Enfin, c'est chez ces mendiants thésauriseurs qu'on observe les types les plus purs de l'extrême avarice, ainsi que les exemples des formes mortelles de cette anomalie instinctive, dans laquelle l'avare, entièrement possédé par l'amour exclusif de l'or, entasse, dans un collectionnisme mystique et systématique, les symboles représentatifs d'une richesse absolument stérile. Le culte de cette richesse, considérée non plus comme un moyen mais comme une fin,

le fétichisme de l'or, dessèche en lui les sources de la vie et le condamne à mourir de faim sur le produit d'une épargne méconnue dans son principe et poursuivie seulement pour elle-même. Chez le mendiant thésauriseur, l'excès et la déviation de l'épargne, c'est-à-dire la perversion d'une tendance dérivée de l'instinct de conservation, arrivent ainsi à étouffer, par leur exagération progressive, les sollicitations les plus impérieuses de ce même instinct; et c'est au milieu des preuves d'une vitalité acharnée, que le malade meurt d'une anomalie monstrueuse de l'instinct même de la persévération dans la vie.

Telle se présente, en général, la physionomie clinique du mendiant thésauriseur, qu'on doit considérer comme une figure particulièrement intéressante et plus fréquente qu'on ne le croit, parmi les types d'avares, jusqu'ici beaucoup mieux étudiés par les moralistes et les littérateurs que par les médecins. N'est-ce pas chez Plaute et Molière, chez La Bruyère, chez Balzac et Gogol, qu'il faut chercher les meilleures études cliniques de l'Avarice ?

CHAPITRE IX

LES PSYCHOSES ALCOOLIQUES

LES PSYCHOSES ALCOOLIQUES

A l'étude des perversions instinctives se rattache celle des psychoses alcooliques. Nous rapporterons ici trois leçons cliniques dans lesquelles le Pr Dupré a mis en évidence les troubles d'ordre émotif et imaginatif, en même temps que la confusion mentale et le délire de rêve, suscités par l'abus plus ou moins impulsif de l'alcool.

Intoxication et Dipsomanie

Parmi les réactions psychopathiques, si multiples et si variées, que peuvent présenter à l'intoxication alcoolique les cerveaux prédisposés, il est une série de troubles mentaux, généralement subaigus et passagers, que l'on observe couramment à l'Infirmerie spéciale, et dont l'histoire clinique a été fixée, en des pages mémorables, par Lasègue, dans ses études sur l'alcoolisme subaigu, par Magnan, dans ses leçons de Sainte-Anne sur l'alcoolisme, et par Garnier, à l'occasion de sa description des ivresses pathologiques, dans son bel opuscule : *La Folie à Paris*. Ces psychopathies alcooliques sont les différentes formes du *délire alcoolique subaigu* et des *ivresses délirantes et excito-motrices*.

Il existe de nombreuses variétés d'alcoolisme : dépendant d'abord de la quantité et de la nature des liqueurs ingérées, ensuite de la durée de l'intoxication, enfin et surtout du mode de réaction de chaque sujet à l'empoisonne-

ment. Chaque alcoolique réagit selon sa formule personnelle, déterminée par son hérédité, son éducation, son niveau mental et l'influence des associations pathologiques dont l'influence se combine chez lui à celle de l'alcool. Parmi les éléments psychiques qui commandent le plus directement les réactions de l'individu à l'alcool, figurent au premier rang les tendances et les aptitudes constitutionnelles d'origine héréditaire. Les dégénérés réagissent à l'intoxication alcoolique autrement que les sujets normaux; et, parmi les dégénérés, les débiles simples, les impulsifs, les déséquilibrés de tout ordre, les imaginatifs et les mythomanes, les émotifs et les sentimentaux, les méfiants et les jaloux, les ambitieux, les psychopathes toujours en imminence de délires à formules variées, exagérant sous l'influence du poison leurs tendances personnelles, manifestent, dans l'expression psychopathique de l'intoxication, le fond pathologique de leur personnalité.

Les lacunes et les perversions congénitales du caractère et de l'esprit se marquent, chez chacun d'eux, non seulement dans la réaction à l'empoisonnement accompli, mais encore dans la réaction du sujet aux occasions de boire. Les auteurs ont depuis longtemps insisté sur les différences qui distinguent les buveurs, dans la violence plus ou moins impérieuse, dans la variété plus ou moins élective, dans l'éveil plus ou moins fréquent, de leurs appétits vis-à-vis des alcools. En résumant ici la substance de travaux trop nombreux et trop intéressants pour que je puisse même esayer d'en citer les auteurs, depuis Magnus Huss jusqu'à Lasègue et aux aliénistes modernes, on peut schématiquement distinguer, parmi les buveurs : les *buveurs occasionnels* et les *buveurs d'habitude*. Parmi les *buveurs occasionnels*, il faut ranger d'abord les *buveurs épisodiques*, ou d'exception, que certaines circonstances fortuites entraînent à des excès de boisson passagers et à des accès d'ivresse de modalités cliniques variées; ensuite les *buveurs récidivistes*, ou à répétition, qu'on appelle vulgairement les *ivrognes*, qui saisissent toutes les occasions de boire, par accès, et évoluent ainsi de crise en crise ébrieuses,

entre lesquelles ils restent relativement sobres. Ces ivrognes sont des débiles de la volonté, incapables de résister aux tentations de boire que la vie multiplie autour d'eux, principalement en France, où la rue représente une longue suite de cabarets; enfin, les *buveurs impulsifs*, à obsessions paroxystiques, qui, sous l'influence d'accès intermittents d'un besoin irrésistible accompagné de conscience, et souvent de lutte et d'angoisse, se livrent à des excès massifs de boisons spiritueuses, dans l'intervalle desquels les sujets restent sobres, et témoignent même d'une plus ou moins vive répulsion pour l'alcool. Ces derniers sujets sont des *dipsomanes*, c'est-à-dire des psychopathes congénitaux atteints, par suite du déséquilibre de leur émotivité, de la perversion de leurs appétits et de la faiblesse de leur volonté, d'une obsession-impulsion vis-à-vis des boissons alcooliques, proche parente des autres formes obsédantes et impulsives de la dégénérescence mentale.

Parmi les *buveurs d'habitude*, il faut distinguer d'abord les sujets qui, entrés peu à peu dans la voie des excès de boisson continus, augmentent insensiblement la dose journalière d'alcool et finissent par ingérer chaque jour une quantité considérable d'apéritifs, de vin et de spiritueux. Ceux-là, les plus fréquents de tous, sont des sujets qui s'empoisonnent progressivement, sans réactions bruyantes ni accidents dramatiques, et arrivent à une intoxication chronique, profonde, à manifestations viscérales multiples, à cachexie générale précoce. Ce sont ces sujets dont on dit couramment, parce qu'on ne les voit jamais ivres, qu'ils supportent bien le vin et la boisson. Enfin, se rangent également dans la classe des buveurs d'habitude, ceux des buveurs d'occasion que la récidive incessante des excès d'abord épisodiques et ensuite subintrants amène à un état d'intoxication chronique, accidenté de paroxysmes ébrieux, dont l'intercurrence se manifeste, sur le fond d'alcoolisme chronique, par des crises d'alcoolisme subaigu et des accès d'ivresse excito-motrice ou délirante.

Chaque buveur entre ainsi dans l'alcoolisme par la voie prédestinée que lui commande son hérédité. Ne boit pas

qui veut, et une fois qu'il a bu, ne s'alcoolise pas qui veut. L'homme, en effet, n'est pas intéressant à étudier seulement dans les réactions qu'il offre au toxique ingéré *quand le verre est bu;* mais il est aussi fort intéressant à considérer dans les réactions qu'il offre dans ses appétits, sa volonté et sa conduite, devant le toxique à ingérer, *devant le verre à boire.* Tous les auteurs s'accordent à proclamer, à ce sujet, la particulière prédispositoin de certains dégénérés à l'appétit et à la recherche des boissons alcooliques. Parmi ces dégénérés, il est nettement établi par des nombreux travaux, et notamment par les études des auteurs anglo-américains et de Morel, Taguet, Legrain, Sollier, etc., que les *descendants d'alcooliques* présentent une *propension marquée à l'alcool* et ensuite une *susceptibilité réactionnelle plus grande* vis-à-vis du poison. Il semble que les hérédo-alcooliques héritent, de leur ascendant intoxiqué, à la fois d'une similitude de goût, souvent électif pour telle ou telle boisson, et ensuite d'une impulsivité manifeste dans la satisfaction de ce goût inné.

A ce titre, l'alcoolisme héréditaire mérite de figurer, comme l'a justement proposé Sollier, dans la famille névropathique, dont l'histoire a été, sous l'inspiration de Charcot, si magistralement écrite par Féré. L'alcoolisme, facteur si puissant de dégénérescence de tout ordre, peut donc, par ce mécanisme, se transmettre lui-même, et, par les voies de l'hérédité similaire, devenir à lui-même sa propre cause.

Les habitudes de boisson, que la plupart considèrent comme un vice, reconnaissent donc souvent une origine pathologique héréditaire, quelquefois similaire et directe; et nous voyons par là de quelle même pâte, pour ainsi dire, proviennent, chez les dégénérés, le vice et la maladie. D'ailleurs, parmi les tares psychopathiques le plus communément observées dans la descendance des alcooliques, figurent toutes les formes d'agénésie cérébrale, principalement les *perversions instinctives* et morales, l'*impulsivité* pathologique et l'*épilepsie*. Cette énumération montre, associés chez les descendants d'alcooliques, les prin-

cipaux facteurs du *tempérament criminel*. Ainsi s'explique la commune origine et l'étroite intrication de ces trois branches de l'arbre crimino-pathologique : l'*alcoolisme*, la *folie* et le *crime*.

Je voudrais démontrer, par la clinique, la vérité et la portée des considérations étiologiques que je viens d'exposer sur l'hérédité dans l'alcoolisme et sur l'origine fréquemment congénitale, chez les descendants de buveurs, de l'appétit pathologique pour les boissons alcooliques.

Voici l'observation d'un petit garçon de onze ans, dont le père, ouvrier carrossier, est mort, il y a sept ans, vers la quarantaine, d'alcoolisme. La mère nous dit que son mari buvait surtout de l'absinthe, dont il ingérait cinq ou six verres par jour; il consommait aussi beaucoup de vin et d'eau-de-vie. Sans avoir jamais été interné, cet homme était toujours sous l'influence de l'alcool et rentrait souvent tout à fait ivre à la maison. Devenu incapable de travailler, il était mort en deux jours d'accidents pulmonaires subaigus à l'hôpital. Cette courte anamnèse permet de retrouver chez le père du petit malade à la fois l'alcoolisme chronique et des crises d'ivresse résultant d'excès massifs de boisson surajoutés par intervalles aux excès quotidiens d'alcool.

Unique enfant de ce buveur, le petit Jean manifesta de bonne heure les tares congénitales de son système nerveux par de l'incontinence nocturne d'urine jusqu'à trois ans, des convulsions à caractère épileptique, qui débutèrent dès l'âge de trois mois, persistèrent jusqu'à sept ans et réapparurent vers l'âge de neuf ans dans les circonstances que nous indiquerons. L'éducation et l'instruction scolaire ont été médiocres, l'enfant n'ayant commencé à lire qu'à l'âge de huit ans. Rougeole dans le premier âge; il y a deux ans, scarlatine avec néphrite et anasarque, dont il a bien guéri. La mère, de niveau mental inférieur, strabique, ne nous donne que des renseignements très insuffisants sur le développement de l'intelligence et les particularités du caractère de son enfant, dont elle vivait d'ailleurs séparée par les nécessités de son travail. Elle s'est

remariée, il y a quatre ans, avec un autre buveur qui, associant, comme c'est la règle, sa famille à ses habitudes, fit goûter de l'absinthe au petit Jean, qu'il emmenait ainsi parfois prendre l'apéritif avec lui. Cette initiation à l'absinthe éveillant, chez ce bambin de neuf ans, les appétits héréditaires qu'il tenait de son père, excita chez lui un goût vif pour la liqueur toxique; à partir de ce moment, l'enfant rechercha toutes les occasions de boire de l'absinthe. Recueilli, dans la journée, par une famille où on l'employait à de petites besognes, sa mère étant placée ailleurs comme domestique, l'enfant trouva l'occasion de satisfaire son goût en avisant, dans un placard, une bouteille de « Pernod » destinée à l'apéritif quotidien du ménage. De temps en temps, il s'emparait en cachette du litre convoité et avalait furtivement une ou deux gorgées d'absinthe pure, prise à même le goulot. Ce petit manège dura plusieurs mois sans que personne s'aperçût de rien, parce que les périodes d'excitation cérébrale, les troubles du caractère, les désordres de la conduite, déterminés par les ingestions toxiques intermittentes, étaient mis par l'entourage sur le compte de bizarreries spontanées, d'inégalité d'humeur et même, nous dit sa mère, de l'espièglerie naturelle à son âge. Au fur et à mesure que les prises d'absinthe augmentaient, redoublaient les troubles nerveux : insomnie, cauchemars; terreurs nocturnes avec hallucinations; l'enfant voyait de grosses têtes menaçantes, des ombres, etc.; diminution et caprices d'appétit, vomissements, diarrhée, excitabilité, fréquentes colères, crises de rage où l'enfant battait sa petite sœur et, suivant sa propre expression, « cassait tout dans la maison ». Les crises éclamptiques d'autrefois réapparurent sous forme d'accès épileptiques avec cri initial, tonus, clonus, morsure de la langue et miction.

On ne découvrit l'origine de tous ces troubles que grâce à l'apparition, à une ou deux reprises, d'accidents toxiques subaigus, avec vomissements et diarrhée, déterminés par des ingestions plus considérables du poison. L'odeur caractéristique de l'absinthe, dégagée par les déjections du petit

malade, révéla ses larcins, qu'on lui fit avouer, et la cause de tout le mal. En dépit des remontrances et malgré l'éveil qui avait été donné à l'entourage de si funestes habitudes, l'enfant recommença à boire, quand il en trouvait l'occasion, son liquide favori, qu'il remplaçait parfois, lorsque l'absinthe manquait, par du rhum, destiné à encadrer, avec l'apéritif, le repas de famille. A table, d'ailleurs, l'enfant ne buvait que peu de vin étendu d'eau. Une dernière crise d'empoisonnement subaigu détermina la mère à nous amener le petit malade aux fins du placement d'office.

Cet enfant apparaît avec l'aspect un peu fatigué, l'œil brillant, le teint pâle et un peu jauni par une légère suffusion ictérique, vestige des accidents gastro-intestinaux et hépatiques qu'il a récemment présentés. Le foie est de volume normal : il existe quelques démangeaisons et les urines sont foncées. Les mains étendues manifestent un léger tremblement. Je ne reviens pas sur l'ensemble des accidents alcooliques que présente le petit malade; mais je veux insister sur les résultats de l'interrogatoire et sur les quelques propos spontanés qu'on peut recueillir au cours de l'entretien avec l'enfant. Ces résultats mettent bien en lumière les traits caractéristiques de cet *alcoolisme infantile;* je veux dire, l'éveil précoce, l'éclosion presque spontanée, à la suite d'une sollicitation bien légère et simplement occasionnelle, d'un appétit particulièrement électif pour l'absinthe, l'évolution paroxystique, l'allure impulsive, le caractère solitaire, furtif et dissimulé des prises toxiques. Le petit sujet, interrogé sur les raisons d'un goût si particulier, affirme catégoriquement qu'il boit parce qu'il ne peut pas s'empêcher de boire, qu'il se sent poussé à dérober de l'absinthe par un besoin irrésistible.

Le syndrome que nous offre ce petit sujet rentre donc dans la catégorie des *syndromes obsédants et impulsifs de la déséquilibration mentale héréditaire*, et représente un cas de *dipsomanie* intéressant par sa précocité, par l'électivité de l'appétit pour l'absinthe, par son origine héréditaire, directe et similaire, enfin par le rôle funeste qu'a

joué, dans l'éveil de l'appétit morbide, l'influence de l'éducation, l'initiation à l'absinthe.

Il convient de remarquer l'apparence un peu spéciale de ce petit malade. Je ne reviens pas sur les signes généraux mais passagers de souffrance et de fatigue, qu'impriment à son visage les effets, particulièrement sur le tube digestif et le foie, de l'intoxication alcoolique. Mais je veux insister sur l'expression un peu sournoise et hypocrite du regard, sur le jeu mobile, oblique, aigu et fuyant des yeux, sur le front barré et le masque concentré, l'attitude méfiante, le mutisme souvent obstiné de cet enfant, qui n'offre rien des réactions naturelles à son âge.

L'humeur et le caractère ont certainement subi, du fait de l'empoisonnement, de graves altérations. Celles-ci se marquent surtout, d'ailleurs, au cours et au décours des paroxysmes ébrieux, pendant et après lesquels l'enfant devient méchant, brutal, briseur, etc., et manifeste aussi des tendances au larcin et au vol : il dérobe, en effet, et dissimule, en des cachettes variées, les bijoux et les pièces d'argenterie du ménage. Il est intéressant de constater le réveil, sous l'influence de l'excitation ébrieuse, de ces *perversions instinctives* qui existent normalement à l'état chronique chez beaucoup d'idiots et d'imbéciles. C'est là un fait de *régression épisodique de la moralité*, qui vérifie, à l'échelle de la psychologie infantile, *la loi de déchéance éthique et d'abaissement moral de l'homme sous l'influence de l'alcool.*

L'empoisonnement absinthique ne marque d'ailleurs son empreinte que sur un cerveau déjà invalidé par l'hérédité : ce petit garçon est, en effet, un anormal, qui tient de son hérédité alcoolique sa débilité mentale, ses aptitudes convulsives et sa dipsomanie. Il manifeste encore d'autres tares dégénératives, notamment des habitudes d'onanisme et l'ensemble des caractères de la mythomanie, telle qu'on l'observe chez beaucoup d'enfants dégénérés, incapables de percevoir et d'exprimer la vérité, enclins au mensonge et éminemment aptes à modeler leurs réponses sur les questions posées dans l'interrogatoire et à cons-

truire ainsi, inconsciemment et passivement, des fables issues de la suggestion étrangère. L'enfant émet, avec indifférence, aux questions qu'on lui pose, des réponses qu'il répète obstinément ensuite, comme les éléments invariables d'une leçon apprise par cœur et dont on lui dicte, à volonté, le sens et les détails.

Notre devoir, en face d'un cas semblable, est d'interner ce petit alcoolique dipsomane, d'abord pour le sevrer du poison, ensuite pour le rééduquer dans la mesure du possible. A l'asile on pourra juger, par l'évolution des accidents, de la nature idiopathique ou toxique des phénomènes convulsifs que présente l'enfant. L'épilepsie s'est manifestée de très bonne heure chez lui, et a persisté sous forme d'accidents espacés jusqu'à sept ans, pour reprendre, trois ans après, sous l'influence de l'absinthe, dont l'effet a peut-être été plus nocif encore à cause de l'atteinte du rein par l'infection scarlatineuse. Le syndrome épileptique résulte, en tout cas, de l'imprégnation par un poison convulsivant d'un cerveau essentiellement apte aux réactions convulsives.

Signalons enfin la coexistence, chez notre enfant, de la dipsomanie et de l'épilepsie : la fréquence de cette coïncidence fait considérer à Kræpelin la dipsomanie comme une manifestation du mal comitial.

On saisit ici la création, par la voie de la descendance, d'un véritable *cercle vicieux d'hérédité et d'intoxication* : l'absinthisme du père transmet au fils un cerveau en imminence d'épilepsie, et, en même temps, l'appétit de l'absinthe, c'est-à-dire le terrain convulsif et l'appétence de la graine épileptogène. En vertu de cette double hérédité directe dans les deux domaines de la motricité et de la sensibilité, l'enfant était donc destiné à subir le maximum des effets nuisibles de cet absinthisme; puisqu'il hérite à la fois, dans ses appétits toxiques et dans ses réactions convulsives, de la cause et des effets de l'intoxication paternelle.

La conclusion, scientifique et morale à la fois, qui se dégage de cette observation est que l'alcoolisme doit être

considéré non pas seulement comme une affection de l'individu, mais bien comme une maladie de l'espèce; non pas seulement comme l'intoxication d'un organisme, mais comme un facteur de dégénérescence de la race, d'anéantissement de la descendance. L'*alcoolisme* représente donc une *maladie sociale*. Cette maladie, qui sévit inégalement sur les différents peuples, exerce en France des ravages plus étendus et plus graves que partout ailleurs. L'alcoolisme est un fléau national, le plus grave de tous; et, si les pouvoirs publics n'adoptent pas contre lui, au plus vite, des mesures prophylactiques suffisantes, ce fléau précipitera le pays à sa déchéance et à sa ruine.

La France déclinera ainsi spontanément, sans l'intervention nécessaire d'aucun peuple rival, et elle périra, victime d'un véritable *suicide national*.

Ivresses délirantes

L'alcoolisme, comme toutes les intoxications, peut se présenter sous trois formes : aiguë, subaiguë et chronique. Ce sont les *formes chroniques* qui sont de beaucoup les plus fréquentes. Les *formes subaiguës*, merveilleusement décrites par Lasègue, ne s'observent que comme des accidents épisodiques, plus ou moins durables, au cours des formes chroniques. Les *formes aiguës* peuvent survenir, soit indépendamment de toute intoxication chronique, à titre d'épisode provoqué chez un sujet sain par un excès accidentel de boisson, soit au cours de l'intoxication chronique, à la suite d'ingestions massives de boisson, dépassant de beaucoup la dose toxique quotidienne.

Je voudrais analyser brièvement, à propos de quelques observations de malades, les *formes psychopathiques de l'ivresse*. L'étude de ses formes, qui constitue un curieux chapitre de l'histoire des folies transitoires, a été esquissée en quelques pages, remarquables d'exactitude et de pittoresque, par P. Garnier, dans son opuscule *La Folie à Paris*. Distinguant plusieurs modalités cliniques de l'ivresse alcoolique, Garnier décrit l'*ivresse excito-motrice*, ou

l'emportent l'exaltation et l'aberration des troubles psychomoteurs; l'*ivresse sensorielle*, caractérisée par des hallucinations surtout visuelles; et l'*ivresse délirante*, où prédominent les manifestations fantastiques du délire de rêve. C'est là, d'ailleurs, une division purement schématique : car, en réalité, l'expression psychopathique de l'ivresse est toujours un syndrome mixte et polymorphe, où dominent seulement, soit l'élément hallucinatoire, soit l'élément moteur, soit enfin l'élément onirique, c'est-à-dire la systématisation délirante, toujours éphémère, des troubles psycho-sensoriels, par un cerveau « en charge d'idées ».

L'ivresse, qu'elle soit motrice, sensorielle ou délirante, apparaît le plus souvent sans prodromes, ne dure que quelques heures et termine sa courte évolution en un sommeil lourd et prolongé qui juge la crise, et au réveil duquel le malade ne conserve aucun souvenir des faits de la période ébrieuse. Entre le syndrome pur de l'ivresse et celui du délire alcoolique subaigu, existe une série de cas de transition, où se confondent, chez les buveurs d'habitude, les effets aigus et chroniques de l'intoxication. On observe ces syndromes mixtes, intermédiaires entre l'ivresse accidentelle et le délire subaigu de l'alcoolisme chronique, principalement chez les déséquilibrés impulsifs, qui, étant à la fois des buveurs d'*habitude* et des buveurs d'*occasion*, représentent des *alcooliques chroniques doublés d'ivrognes intermittents*.

L'observation de cas d'ivresse délirante simple, indépendante de tout alcoolisme antérieur, est très rare. Je résume ici le récit d'un cas que j'ai étudié à l'Infirmerie spéciale (1).

Il s'agit d'un garçon charcutier, de dix-neuf ans, non alcoolique, travailleur, sans antécédents pathologiques connus, mais récemment fatigué et préoccupé par la crainte d'être congédié de sa place, qui se présenta un soir à un poste de police en déclarant qu'il venait de tuer six Prus-

(1) E. Dupré et R. Charpentier Les Ivresses transitoires. *L'Encéphale*, 25 janvier 1906.

siens dans sa chambre, où il en restait encore vingt, et en priant de l'y accompagner pour achever le massacre. Il portait sur lui un grand couteau à l'usage des bouchers.

Conduit à l'Infirmerie, il s'y endormit aussitôt d'un sommeil profond, dont on dut le tirer pour la visite. A son réveil, le jeune garçon, très étonné du lieu où il se trouvait, répondit avec lucidité et précision aux questions posées, et avoua qu'il ne se rappelait absolument rien de ce qui s'était passé depuis la veille, à cinq heures du soir, moment où il s'était assis indisposé, vertigineux et avec un violent mal de tête, sur un banc du quai d'Orsay.

Il avait erré toute la journée dans Paris, et, ayant chaud et soif, avait commandé dans un café un verre de bière. Au moment de payer sa consommation, pendant qu'il faisait de la monnaie à la caisse, des voisins qui buvaient du rhum profitèrent de cette minute d'absence pour lui en verser, sans qu'il s'en aperçût, une certaine quantité dans sa bière. Lorsqu'il revint, se dépêchant pour prendre un tramway qui passait, notre garçon vida d'un seul trait son verre ; et à la saveur particulière et brûlante qu'il ressentit il comprit, mais trop tard, la farce que lui avaient jouée ses voisins de table. Il descendit bientôt de voiture et entra immédiatement dans cette crise délirante de quelques heures, durant laquelle il vécut ce rêve hallucinatoire, macabre, qui devait aboutir à l'étrange déclaration faite à la police.

Le lendemain, à son réveil, le jeune sujet, calme, lucide et conscient, apprenait de nous avec surprise sa démarche et ses propos au commissaire et ne conservait de son accès pathologique qu'un peu de fatigue et de dépression morale.

Aussi était-il remis en liberté avec le certificat suivant :

« Ivresse délirante passagère, à caractère hallucinatoire, à la suite de l'ingestion involontaire de quelques petits verres de rhum versés dans sa boisson par un tiers. Le sujet, actuellement calme et lucide, peut être rendu à son père, qui le réclame.

DUPRÉ ».

On saisit, dans cette observation, avec une rigueur toute expérimentale, le rôle pathogène de l'ingestion toxique : les effets rapides et transitoires du poison déterminent une crise hallucinatoire et délirante, au cours de laquelle s'improvise de toutes pièces le roman dramatique extraordinaire, qui s'interpose brusquement dans le cours de la vie psychique normale et ne laisse d'ailleurs de lui-même aucune trace dans la mémoire du sujet. La crise délirante est suivie d'un sommeil salutaire et curateur caractéristique, et d'une guérison complète avec amnésie totale des faits de la période ébrieuse. On peut appliquer à tous ces cas la proposition que j'ai émise à propos des délires toxiques d'auto-accusation : *c'est le sommeil de l'homme endormi qui guérit le cauchemar de l'homme éveillé.*

Cette observation d'ivresse délirante, simple et pure, dégagée de tout alcoolisme chronique, survenue chez un jeune homme en état de surmenage physique et moral, réalise, par la netteté brutale de l'étiologie (ingestion massive et involontaire de quelques verres de rhum), un exemple expérimental de psychopathie ébrieuse.

Voici maintenant l'observation d'un homme de quarante ans, maçon, qui, pris d'un accès d'ivresse délirante en pleine activité professionnelle, nous est arrivé en costume de travail, et tout blanc de plâtre. Cet homme, fils d'une mère nerveuse et irritable, sujette aux colères, et d'un père buveur, mort de cirrhose atrophique du foie, est lui-même un alcoolique chronique. Mais l'intoxication semble chez lui peu profonde, car elle ne se manifeste que par un minimum de signes : un tremblement bien léger et quelques cauchemars. Ensuite, cet homme boit surtout par accès irréguliers, séparés par des périodes de sobriété relative. Il est plus ivrogne qu'intoxiqué, plus buveur d'occasion que buveur d'habitude ; mais à cause de la fréquence des occasions, c'est un buveur récidiviste, à répétition. Quand il a bu, il rentre à la maison irritable et coléreux, la menace et l'injure à la bouche ; il effraye sa femme et ses deux enfants et mène grand tapage, jusqu'au

moment où il s'endort. Le lendemain matin, au réveil, il convient avoir bu la veille et s'être ainsi conduit sous l'influence de la boisson ; il regrette ses violences et fait à sa femme des promesses qu'il oublie aux jours de paye et dans les occasions d'entraînement.

A la suite d'excès de boisson plus considérables depuis quelques jours, notre homme avait cessé le travail hier : il se rappelle avoir, au cours de l'après-midi, perçu les êtres et les choses comme dans un brouillard et ne s'être que vaguement rendu compte des rues qu'il parcourait. Tout lui paraissait drôle ; puis, à un moment donné, le souvenir des faits de la veille disparaît de sa mémoire.

Il ressort du procès-verbal de police qu'il s'est présenté vers quatre heures au commissariat, pour y déclarer que, à la suite d'une discussion le matin même, il avait étranglé sa femme. Le magistrat, comprenant l'absurdité de cette dénonciation et soupçonnant l'état maladif de son auteur, envoya le prétendu assassin, sans doute après enquête à son domicile, à l'infirmerie spéciale. Le malade s'endormit aussitôt après son arrivée ; et le lendemain à son réveil, revenu à un état de calme et de lucidité à peu près normal, il se rendit compte aussitôt de la nature morbide de son équipée.

Tout à fait tranquille, raisonnable, honteux de son aventure, il jura spontanément qu'il ne boirait plus et qu'une si dure leçon lui servirait pour toujours.

Sa femme, que nous avons convoquée, nous dit que son mari, lorsqu'il ne boit pas, se montre doux et travailleur et qu'il ne devient méchant et brutal que sous l'influence d'excès de boisson qui se répètent à la fin de chaque semaine. « Lors de ses périodes ébrieuses il me menace, dit-elle, et crie bien haut qu'il va me tuer ; mais il ne m'a jamais frappée. Il boit un à deux litres de vin par jour et y ajoute, à certains jours, des apéritifs, surtout de l'absinthe ».

Voilà un exemple typique de folie transitoire, constituée par un *délire onirique de quelques heures*, au cours duquel le malade a réalisé, en un rêve macabre, les menaces

d'assassinat qu'il avait si souvent proférées contre sa femme lors des accès ébrieux antérieurs. Il a vécu pendant quelques instants un drame hallucinatoire sanglant, dont la conviction s'est imposée à son esprit obnubilé et encore endormi, et a déterminé chez lui l'acte spontané de l'auto-dénonciation de son crime à la police.

C'est là un des nombreux exemples du *délire d'auto-accusation alcoolique*, dont j'ai étudié les lois étiologiques, cliniques et évolutives dans mon mémoire sur les *auto-accusateurs*. Des multiples observations que j'ai eu l'occasion de recueillir ici, il ressort qu'on peut considérer comme établi un véritable déterminisme de l'auto-accusation alcoolique. Celle-ci, qui survient comme manifestation de l'ivresse délirante ou du délire alcoolique subaigu, chez des prédisposés, est provoquée par des libations plus copieuses, presque toujours absinthiques ou spiritueuses, chez des sujets surmenés ou inquiets, souvent à la suite de l'émotion d'une dispute. Le malade, au milieu d'un rêve hallucinatoire tragique, s'improvise alors le héros d'un drame sanglant et devient l'assassin de sa femme, de sa fille, de son fils, de son patron, ou d'un personnage de l'actualité. La victime tombe égorgée dans une tuerie rouge et rapide, sans même pousser un cri ; la scène sauvage, dont le décor visuel est si net dans la représentation du malade, se juge sans bruit dans le grand silence des rêves toxiques ; après, c'est la fuite souvent éperdue, le remords et l'auto-dénonciation aux autorités. Les heures ou les jours suivants, la conscience se ressaisit peu à peu ; l'hébétude, la confusion, l'anxiété, l'amnésie diminuent. Le doute entame la conviction délirante ; le sombre drame commence à s'éclaircir et, assez rapidement, le malade revenu de son erreur en témoigne sa surprise et sa honte.

Quand le délire d'auto-accusation apparaît dans les quelques heures d'un accès ébrieux, il cesse rapidement sous l'influence d'un sommeil profond, au sortir duquel le malade se réveille désabusé et guéri. Tel est le cas de notre homme qui, revenu à la conscience de sa situation,

ne doit pas être considéré comme un aliéné, et peut être rendu, après avoir reçu des avertissements et des conseils, à la liberté et à sa famille.

Le pronostic du délire ébrieux est des plus bénins. Il n'en va pas de même du pronostic, général et lointain, qu'on doit formuler sur l'avenir de ce buveur, apte, ainsi qu'il le démontre, aux réactions délirantes. Incapable de résister aux occasions de boire, ce fils d'alcoolique reboira certainement et présentera de nouvelles réactions psychopathiques. L'observation démontre la fréquence de la récidive, sous la même forme clinique, de ces délires ébrieux, notamment du délire d'auto-accusation, chez ces mêmes sujets. Les plus expresses réserves pronostiques s'imposent donc vis-à-vis de ce malade.

Voici maintenant un autre type de délire ébrieux chez un alcoolique chronique. C'est un homme de quarante ans, facteur des postes, surpris, comme le malade précédent, en plein exercice professionnel, par explosion du délire ébrieux et emporté, pour ainsi dire, par un de ces *raptus psychopathiques d'idées et d'action*, dont l'histoire de l'alcoolisme nous offre de si nombreux exemples.

Des passants qui traversaient le pont Royal ont vu un facteur en uniforme, porteur de son sac réglementaire encore rempli de lettres et d'imprimés, enjamber le parapet et se précipiter dans la Seine. Rapidement repêché, notre homme déclara, au ponton de secours, pendant que l'on faisait sécher ses vêtements, qu'il s'était ainsi jeté à l'eau pour échapper à une bande de Bohémiens qui le poursuivaient. Amené dans la journée à l'Infirmerie, il s'y est bientôt endormi ; le lendemain, à son réveil, il se trouvait en état de nous donner des renseignements et de discuter avec nous les raisons de son acte. N'ayant gardé qu'un souvenir incomplet et confus des faits de la veille, mais instruit par l'évidence de la réalité de son plongeon, il essaya de donner à son acte la couleur d'une tentative de suicide motivée par des chagrins de famille. Ses explications secondaires sont le résultat d'abord de l'amnésie

de la situation, ensuite de la nécessité de fournir de son acte des raisons en apparence légitimes et destinées à le rendre intéressant.

L'examen de ce sujet ne décèle chez lui aucun signe objectif d'intoxication profonde, ni aucun symptôme de délire actuel. L'attitude, la mimique, les propos, les raisonnements démontrent l'existence de la débilité mentale.

La consultation du dossier administratif nous fournit de précieux renseignements sur les antécédents de ce malade ; celui-ci compte déjà trois internements antérieurs : le premier en 1900, le second en 1902, le troisième en 1903, d'une durée de quelques semaines chacun. Ces placements d'office ont tous été motivés par des désordres graves de la conduite, imputables à l'excitation ébrieuse du sujet survenue à la suite de copieuses libations. A chaque fois l'ivresse délirante s'est marquée par des hallucinations optiques terrifiantes, la vision de bandes de malfaiteurs lancés à sa poursuite, de l'anxiété, des terreurs, des fugues et des scènes de brutalité et de violence, notamment vis-à-vis de sa femme que, dans un délire de jalousie, commun d'ailleurs chez les alcooliques chroniques, il accusait de le tromper, de coucher avec tous les locataires de la maison où elle est concierge, etc...

Remarquez combien l'histoire de chacun des internements antérieurs inscrits au dossier administratif de ce malade éclaire, par la répétition fidèle des mêmes événements, la genèse, le caractère et aussi l'avenir de l'épisode actuel. Le malade, buveur d'habitude, mais atteint d'un minimum d'accidents chroniques d'alcoolisme, entre, à de certains moments, à la suite de libations plus copieuses, en des accès d'ivresse délirante de durée éphémère, rapidement guérie par la diète d'alcool et l'isolement à l'asile. Il en sort au bout de quelques semaines et recommence la série des mêmes excès épisodiques de boisson, suivie de crises d'excitation ébrieuse plus ou moins désordonnées, et dont la plupart, évoluant dans le milieu familial, n'ont pas motivé l'intervention de l'autorité administrative.

Ce malade en est à son quatrième internement, qu'impose la dernière aventure que je vous ai narrée. Cette aventure n'est pas, comme on pourrait le supposer d'après les dires de l'intéressé et d'après la croyance commune, une tentative de suicide. Les alcooliques délirants peuvent se suicider au cours des drames terribles qu'ils vivent, dans ce rêve en action qui constitue l'essence de leur état psychopathique. Mais beaucoup plus souvent ils se blessent et se tuent en des *raptus de fuite* éperdue, par lesquels ils tentent d'échapper à l'imminence des dangers qui les entourent.

Par ces fugues, l'alcoolique, anxieux et terrorisé, cherche à se dérober à la poursuite de ses ennemis, à l'angoisse du cauchemar qui l'étreint, à l'épouvante d'une situation sans issue. A ce moment, le malade méconnaissant, dans le désordre de ses perceptions et au nom de dangers imaginaires, le danger réel de certains actes, se précipite en une évasion réflexe, vers n'importe quelle voie offerte à son salut : portes, fenêtres, escaliers, placards, cheminées, parapets etc... ; et ainsi se produisent des défenestrations, des chutes périlleuses, des noyades, etc..., qui ne doivent pas, en dépit des apparences, être prises pour des tentatives de suicide. Tel a été le cas de ce facteur, qu'on doit considérer, non seulement comme un buveur à répétition, mais comme un débile de l'intelligence et de la volonté, apte à présenter à l'excitation ébrieuse des réactions psychopathiques et excito-motrices bien spéciales dans leurs caractères et leur répétition.

Voici enfin un dernier exemple d'ivresse pathologique. Il concerne un jeune homme, ancien soldat d'infanterie coloniale, qui a contracté sous les tropiques, à défaut de paludisme, auquel il paraît avoir échappé, une affection plus nuisible encore, l'appétit et l'habitude de l'absinthe. Ce garçon nous est arrivé à la suite des circonstances suivantes : au cours d'une violente altercation, après boire, avec un camarade, il sort de sa poche un revolver et s'en tire deux coups dans la direction de la tête : dans

le désordre de ses gestes, il se manque, mais, le coup passa si près que le chapeau tomba, et ce chapeau, troué de deux balles, constitue une véritable pièce à conviction de cette tentative de suicide.

Le malade n'a aucun souvenir précis de l'incident : il convient seulement qu'il était ivre au moment de son acte. Le point intéressant de l'observation est que ce garçon est coutumier du fait. Déjà, une première fois, il y a environ deux ans, au cours d'une dispute avec un marchand de vins, il s'était tiré un coup de revolver dans la poitrine. Il en porte la cicatrice sur la face antérieure du thorax, au niveau du sternum et des deuxième et troisième côtes gauches : la région offre, sous la forme d'une cicatrice déprimée, irrégulière, intéressant le squelette, les vestiges de l'intervention chirurgicale que le blessé dut subir à Saint-Louis. Notons, en même temps, la présence de très nombreux *tatouages*, souvenirs de la vie coloniale et marques d'une mentalité plutôt suspecte : la plupart de ces tatouages peuvent être considérés comme les *stigmates d'une esthétique préhistorique*, adoptée, à notre époque actuelle, par des sujets à peine dégagés de la vie sauvage. Cet homme ne donne pas, non plus, de détails sur les incidents de cette première tentative de suicide, qui semble avoir été, comme la seconde, exécutée dans les mêmes conditions de soudaineté quasi réflexe, de demi-inconscience et d'amnésie consécutive.

Ce cas est un bel exemple d'ivresse délirante et excito-motrice, à répétition chez un sujet déséquilibré et impulsif. L'intoxication alcoolique aiguë précipite cet homme à des tentatives de suicide qui nous apparaissent comme des raptus anxieux, analogues à ceux de certains accès de mélancolie.

La réaction psychopathique ébrieuse affecte chez lui la forme mélancolique et comme le type aigu de la *morositas ebriosa*, au lieu de revêtir, comme chez tant d'autres, la forme furieuse et agressive de la *ferocitas ebriosa*. Au comble de l'excitation délirante et motrice, le sujet tourne ses coups non pas contre les autres, mais contre lui-même;

et, dans l'anxiété d'un cauchemar où il se sent perdu, il offre, au lieu de la *réaction homicide d'un persécuté* sur la défensive, la *réaction suicide d'un mélancolique* aux abois.

Les cas que je viens de rappeler donnent une bonne idée de certains aspects cliniques de l'ivresse délirante, et des situations médico-légales créées par les psychopathies ébrieuses. Mais la série des formes symptomatiques revêtues par les ivresses délirantes est trop riche, et la liste des réactions délictueuses ou criminelles qu'elles entraînent est trop longue pour que j'essaie, à propos de ces malades, de tracer l'histoire complète des ivresses. Cette étude de pathologie, que je ne puis entreprendre ici, devrait d'ailleurs être complétée par la revue étiologique et clinique des diverses formes de folies transitoires : par la discussion de l'influence des facteurs intercurrents, extrinsèques de l'ivresse, par le diagnostic différentiel des éléments pathologiques combinés à l'élément toxique et souvent réveillés par lui, etc... La littérature psychiâtrique et médico-légale abonde en documents intéressants sur cette vaste question.

Je ne veux pas insister non plus sur les *formes atténuées de l'excitation ébrieuse*, que l'on peut observer, dans la rue, dans les cafés, etc..., principalement le soir, et les jours de fête : sur les réactions réciproques des buveurs les uns sur les autres, sur *l'interpsychologie* de cet *alcoolisme collectif*, si féconde en actes délictueux et criminels de tout ordre.

Je ne parlerai pas non plus de l'influence de ces formes atténuées de l'ivresse sur la fréquence des *accidents du travail*, prouvée par les *statistiques des Compagnies d'Assurances*, qui nous montrent, d'accord avec les *statistiques criminelles*, la prédominance des accidents imputables à l'ivresse, les samedis, dimanches et lundis, et ont permis de construire une *véritable courbe psychopathique de la semaine*, en relation avec le nombre des ingestions toxiques.

La médecine légale des ivresses possède, soit inscrite dans les annales de la jurisprudence civile et militaire, et dans les articles des Codes des différents pays, soit exposée et discutée dans les études médicales ou juridiques sur la responsabilité, une longue et curieuse histoire, dont il existe une brève analyse, du point de vue judiciaire, dans le *Traité de Droit criminel* de G. Vidal.

J'insiste, en terminant, sur l'intérêt médico-légal que présente la première observation, qui est un cas type d'ivresse fortuite.

Si le malade, au cours de son délire, avait commis un acte délictueux ou criminel, non seulement il eût été déclaré irresponsable de cet acte en lui-même, mais on n'aurait pas pu lui demander compte de son état d'ivresse: ce sujet, en l'espèce, n'était pas coupable de s'être enivré. Car si, du point de vue pénal, les actes commis en état d'ivresse volontaire excluant l'imputabilité doivent être considérés, non comme actes dolosifs et intentionnels, mais comme actes attribuables à la négligence et à l'imprévoyance et puis comme tels ; par contre, les victimes d'une ivresse fortuite et non volontaire doivent être considérées comme pénalement irresponsables des suites d'un état délirant dont elles n'ont en rien déterminé ou favorisé l'apparition.

On sait, en effet, que la doctrine et la jurisprudence distinguent, pour la détermination juridique de la responsabilité des buveurs, l'*alcoolisme* et l'*ivresse simple*. Tandis que l'alcoolisme peut produire sur la responsabilité pénale les mêmes effets que l'aliénation mentale, l'ivresse simple se divise, suivant sa cause, en *ivresse fortuite* et *ivresse volontaire*, celle-ci pouvant même aller jusqu'à la préméditation en vue de la perpétration de l'acte délictueux.

L'*ivresse fortuite*, qui n'est ni voulue, ni prévue, ne peut donc être reprochée à l'agent, qui ignore l'altération ou la force toxique de la boisson qu'il absorbe ; il n'y a ni dol, ni faute ; il ne saurait donc, dans ces conditions, y avoir de culpabilité ; l'article 64 du Code Pénal est entièrement applicable.

L'*ivresse volontaire* peut être distinguée en ivresse volontaire simple, capable d'entraîner des *actes criminels non prémédités* et punissables, en vertu des articles 319 et 320 du Code Pénal, comme des actes dus à la négligence et à l'imprévoyance ; et en ivresse volontaire, intentionnelle, destinée à faciliter l'exécution d'*actes criminels prémédités*. Si la préméditation de l'ivresse dans un dessein criminel est établie, le dol est suffisant pour permettre l'application de la peine normale, en vertu de l'adage juridique : *actio libera in causa*, et du principe que l'ivresse n'est pas une excuse, quand elle est un moyen.

Je rappelle, à ce propos, que la juridiction militaire française n'admet pas, en principe, l'ivresse comme cause d'irresponsabilité.

Le *problème médico-légal de l'ivresse délirante et criminelle* se pose de plus en plus souvent aujourd'hui, devant le juge et l'expert. Les progrès grandissants de l'alcoolisme ont depuis longtemps débordé, dans la pratique, les essais impuissants de répression de l'ivresse, formulée par Roussel, dans la loi du 23 janvier 1873, affichée partout et presque jamais appliquée. L'énorme proportion des délinquants ivres chez les vagabonds (79 p. 100), et chez les auteurs de violences (82 p. 100), montre l'importance sociale du problème de l'alcoolisme en général et de l'ivresse en particulier, et impose avec urgence au législateur des mesures destinées à conjurer le plus grand péril qui ait jamais menacé notre pays.

Ainsi donc, de quelque côté qu'on le considère, qu'on l'étudie en clinicien, en médecin-légiste, en économiste, en criminaliste ou simplement en citoyen préoccupé de l'avenir de son pays, le problème des ivresses alcooliques est un de ceux qui s'imposent avec le plus d'urgence à l'intérêt des hommes de science et au souci des hommes de loi.

Formes délirantes de l'Alcoolisme subaigu

Je vais citer maintenant quelques exemples de délire

alcoolique subaigu, c'est-à-dire de ces accidents psychopathiques épisodiques, d'une durée variant de quelques jours à quelques semaines, qui, sous des influences diverses (abus massif de boisson, infection, traumatisme, fatigue, etc...), et à la suite de prodromes variés, apparaissent au cours de l'alcoolisme chronique, comme des réactions délirantes provoquées par le poison chez les prédisposés.

Ces délires de l'alcoolisme subaigu ont pour grands caractères : d'apparaître au cours de l'intoxication chronique, dont les manifestations classiques (troubles gastriques, pituites matinales, tremblements des mains et de la langue, paresthésies variées, cauchemars, etc...), encadrent toujours leur éclosion, elle-même suscitée par un ébranlement récent de l'organisme ; d'évoluer sur un mode subaigu et d'être constitués par *un état de rêve en action*, de rêve hallucinatoire, presque uniquement visuel, et de nature particulièrement pénible. Le malade, mêlant au monde réel les fantômes terrifiants et mobiles de son imagination désordonnée, vit dans un cauchemar prolongé, au milieu duquel il se débat, au comble de l'anxiété et de l'épouvante. Ces délires créent ainsi un état de *folie transitoire*, essentiellement dangereuse pour le malade et son entourage à cause des réactions imprévues et violentes dont ils s'accompagnent : aussi l'alcoolisme subaigu est-il une des sources les plus importantes de situations médico-légales d'un grand intérêt théorique et pratique.

La première observation concerne un homme de quarante-quatre ans, qui occupe dans le commerce une situation assez importante, et qui, ancien bachelier ès sciences, est certainement, par son instruction et son rang social au-dessus du niveau des malades que nous voyons habituellement à l'infirmerie. Cet homme a des antécédents alcooliques anciens et d'ailleurs avoués de lui. Il a fait, il y a deux ans, un séjour de deux mois dans une maison de santé ouverte ; et il reconnaît qu'il boit chaque jour apéritifs, spiritueux et vin pur aux repas. On constate

tout de suite les symptômes physiques de l'intoxication : tremblement rapide et menu des mains et de la langue, animation du facies, éclat noyé du regard, pituites matinales, insomnies etc...

L'intoxication chronique a déterminé, depuis trois ans environ, chez cet homme, évidemment prédisposé aux réactions cérébrales, une série de troubles psycho-sensoriels et délirants qui se sont progressivement aggravés et ont fini par aboutir à l'acte médico-légal dont l'éclat a motivé le transfert du malade au Dépôt. Ce furent d'abord des *illusions* et des *hallucinations visuelles*, à redoublement nocturne, qui, au début, affectaient un caractère imagé, pittoresque, nullement désagréable à notre malade : au crépuscule il commençait à voir la projection, sur les murs de sa chambre, comme de vues photographiques ou cinématographiques, de paysages, de tableaux de musées, d'ombres chinoises, de scènes variées et mouvantes, au défilé desquelles notre sujet prenait souvent quelque plaisir. Ces projections lumineuses et colorées se prolongeaient jusqu'à trois et quatre heures du matin. Bientôt, apparurent les *hallucinations auditives*, d'abord élémentaires, ensuite verbales : le malade entendait comme des bruits de lampe qui pétille, puis des phrases, dont le sens s'associait aux fantasmagories visuelles. Des voix le tutoyaient : il s'entendait dire : « Tiens, regarde ça ! Regarde ce qu'on te montre ! Hein ! ça t'ennuie ! » Et notre homme, peu à peu persuadé qu'il était le jouet de mystificateurs, s'amusant à troubler son repos, se demandait à qui il avait affaire. Il témoignait, au début, d'une certaine indifférence vis-à-vis de ces manœuvres et il déclare, en parlant de cette lanterne magique hallucinatoire : «Cela n'est pas désagréable quand on est prévenu ; mais quand cela se renouvelle et dure jusqu'au matin, cela fatigue à la longue et cela ébranle le système nerveux ».

Mais, au bout de quelques mois, les voix de ses ennemis inconnus lui disaient du mal de sa famille, l'excitaient à tuer sa sœur et son cousin, en lui révélant que c'étaient eux qui payaient, probablement pour le faire mourir et

hériter de lui, la bande de ses persécuteurs. Les hallucinations visuelles redoublèrent bientôt de fréquence et d'intensité. Le malade voyait du charbon tomber du plafond, des masses noirâtres tournoyer le long des murs, des « filaments qui pendaient comme des stalactites », toute une série de formes giratoires et fumeuses qui commençaient à l'inquiéter ; le soir, il apercevait, aux maisons d'en face, des lucarnes éclairées avec des lumières spéciales rougeâtres qui « devaient être des lanternes à projections ».

Plus tard apparurent des *hallucinations du tact et de la sensibilité générale*, particulièrement dans le domaine génital. Il commença à ressentir des décharges électriques qui lui étaient envoyées par le locataire d'à côté ; puis ce furent des matières gluantes, malpropres, qui s'attachèrent à sa peau, des saletés poisseuses, blanchâtres « comme des prises de cabinets qui lui arrivaient en jets bien lancés ». Très incommodé par ces sensations, le malade prenait un bain tous les deux jours pour se débarrasser de ces ordures. Il éprouva aussi des « emmêlages », au niveau des bourses : le malade exprime par ce néologisme un mélange de sensations de picotement de la peau et de tension des organes par des ficelles intérieures.

Pour fuir tous ces ennuis, le malade changea plusieurs fois de domicile; et, comme il retrouvait dans chaque logement les mêmes manœuvres, il apprit par ses voix que son cousin, en révélant ses adresses successives à ses persécuteurs, permettait à ceux-ci de le retrouver après chaque déménagement. A bout de patience, il porta de nombreuses *plaintes au commissaire de police;* il accusait, dans ses lettres, les gens de lui faire des projections, de l'électriser, de le torturer par des tours de physique, que, malgré ses études antérieures, il n'arrivait pas à comprendre. Il vit un jour entrer dans sa chambre des individus vêtus de peignoirs roses. Notre homme nous confesse d'ailleurs que, malgré tous ses efforts pour surprendre ses tourmenteurs sur le fait, il n'a jamais pu y réussir : ses voisins, les gens de la maison, étaient certainement dans le complot, et pour-

tant, notre persécuté convient que ceux-ci, quand ils le croisaient dans l'escalier, le saluaient et ne lui donnaient que des marques de politesse.

Nous arrivons maintenant au *fait médico-légal*. Le malade, exaspéré par le cauchemar hallucinatoire dans lequel il se débattait depuis si longtemps, a saisi un revolver et en a tiré plusieurs coups dans le mur de sa chambre : non pas pour tuer quelqu'un, mais pour détruire les stalactites, interrompre et briser les courants de projections. C'est bien là la conduite d'un rêveur en action, le fait d'un dormeur qui se défend contre l'épouvante d'un cauchemar. Cette interprétation, que la pathologie des délires oniriques légitime et même impose, se vérifie, en l'espèce, par les effets immédiats de l'intervention du malade, qui convient devant nous avoir obtenu un excellent résultat de ses coups de revolver : réveillé sur le moment par les détonations, et tiré de son drame onirique par cette secousse, notre homme avait dissipé momentanément les fantômes de son cauchemar.

Les voisins, inquiets, provoquèrent l'intervention de la police et c'est ainsi que, au terme d'une longue évolution hallucinatoire et délirante, le malade est entré par ses réactions dans la voie médico-légale, et va devenir l'objet d'un *placement d'office*.

Le *pronostic* de cette psychose alcoolique est bénin : malgré l'apparition des hallucinations de l'ouïe, accessoires d'ailleurs par rapport à celles de la vue et de la sensibilité générale, malgré l'ancienneté relative des accidents, entretenus par la continuité des habitudes toxiques, malgré la richesse et l'ébauche de systématisation du délire : la diète d'alcool, le repos et l'isolement dissiperont assez vite la fantasmagorie hallucinatoire qui alimente la psychose, et le thème morbide, privé de ses matériaux, s'écroulera comme un édifice que rien ne soutient plus. L'activité psychique retrouvera son équilibre et il est probable que d'ici à quelques mois, notre malade, qui est, par ailleurs, un homme intelligent et laborieux, rentrera dans la société pour y reprendre sa place et ses occupations.

Mais les plus expresses réserves sont à formuler pour l'avenir de sujet qui a donné déjà de multiples preuves de ses *tendances constitutionnelles à la boisson.* La reprise, extrêmement probable, des habitudes alcooliques, provoquera la *récidive des accidents toxiques* et la nécessité de nouvelles mesures thérapeutiques et administratives.

Voici maintenant, un second malade, âgé de trente-deux ans, alcoolique chronique, qui, à la suite d'excès plus considérables de boisson, présente, depuis environ un mois, des accidents cérébraux subaigus dont le polymorphisme et la richesse offrent quelque intérêt clinique et médico-légal. C'est un enfant naturel, dont l'hérédité nous est inconnue, qui avoue ses habitudes de boisson, en les excusant par l'entraînement, l'isolement moral, la célébration des samedis, dimanches et lundis, la chaleur de l'atmosphère où il travaille, dans une fabrique de conserves alimentaires.

Il boit, comme le sujet précédent, des apéritifs et des spiritueux; et, aux repas, plusieurs verres de vin pur. Les signes de l'intoxication chronique sont multiples : tremblement de la langue et des mains, exagération des réflexes cutanés et tendineux, insomnies, cauchemars, pituites matinales, etc...

Il y a environ un mois, le malade a ressenti un redoublement de malaises, des « tremblements nerveux », des vertiges, de l'abattement, surtout le matin; puis, la nuit, un état d'énervement et d'inquiétude avec agitation. A la suite de ces prodromes, l'état d'excitation psychique s'accrut encore, et une certaine tendance se dessina à la méconnaissance hostile de l'entourage, aux interprétations malveillantes, sans qu'il y eût cependant de conceptions délirantes encore bien définies.

Vers la Noël, un samedi soir, à la suite d'excès plus massifs encore de boisson, notre homme, attablé au café, demande, sous l'influence d'une *bouffée délirante de grandeur*, une carte postale, qu'il adresse au Ministre de l'Intérieur, se présentant à lui comme un second Bonaparte et

lui annonçant sa visite pour le lendemain. Pendant deux ou trois jours, les libations continuent, le malade vit dans cette croyance, dont il ne tarde pas à reconnaître bientôt l'absurdité, et qu'il abandonne momentanément.

Quelques jours plus tard, apparaissent chez lui, au milieu du trouble général de l'esprit, des *illusions* et des *hallucinations auditives;* roulements et cognements de meubles au-dessus de sa chambre. Puis il boit davantage, interrompt son travail et chôme, durant une courte période, dont il n'a pas conservé un souvenir assez précis pour la reconstituer devant nous. Vers le cinq ou le six janvier, sous l'influence d'une excitation ébrieuse plus marquée, reviennent les *idées de grandeur* qui, désormais, vont s'encadrer et s'enrichir d'innombrables illusions et *interprétations morbides.* Autour de lui, à l'atelier, au restaurant, dans la rue, on le regarde drôlement, on le dévisage avec curiosité. Une femme, faisant allusion à sa naissance illégitime et aux glorieuses destinées qui l'attendent, aurait dit, à côté de lui : « C'est un garçon volé ». Il entend les patrons du restaurant dire, évidemment à son adresse : « Il a de la chance, il va passer roi ». Remarquons que cette dernière phrase a dû être réellement prononcée autour du malade, puisqu'on était dans la semaine des rois. Il s'agit donc très probablement, en l'espèce, d'une interprétation et non pas d'une hallucination.

A partir de ce moment, *l'activité hallucinatoire et onirique* du sujet envahit, par sa continuité, la vie psychique du nycthémère tout entier, semant ses nuits de rêves extravagants et ambitieux, d'ailleurs agréables, où passe et repasse Napoléon, et ses jours de chimères de même ordre, alimentées par des illusions, des hallucinations et des interprétations morbides incessantes, de telle sorte que notre homme, vivant, la nuit comme le jour, dans un *état somnambulique de demi-rêve et de demi-veille*, enchevêtrait les éléments objectifs du monde réel avec les produits subjectifs de l'automatisme psycho-sensoriel, et composait ainsi un roman fantastique de nature mégalomaniaque, dont il était à la fois le créateur et le héros.

Le malade entendait des roulements de tambours, des musiques militaires, des détonations; dans la rue, les gens se tiennent sur les portes pour le regarder ; les enfants courent, joyeux, après lui ; les tramways cornent pour le fêter, des cochers arrêtent leurs voitures, font claquer leur fouet ; les chevaux et les chiens tournent la tête vers lui ; certaines rues sont barrées et illuminées. A l'atelier, où le malade continue son travail, des camarades parlent entre eux de son avènement ; d'autres, « tout drôles », le regardent avec méfiance ; et, à ce propos, notre homme se demande s'ils n'ont pas connaissance de la lettre qu'il a envoyée au Ministre et s'il n'est pas question de l'en punir.

Tous ces troubles psycho-sensoriels redoublent le soir, et font place le matin à un état de malaise et d'inquiétude, pendant lequel le sujet se prend à douter de la réalité de son roman. Mais les convictions mégalomaniaques ne tardent pas à s'affirmer davantage ; notre homme sent que sa royauté est proclamée et alors commence dans Paris une promenade, au cours de laquelle il recueille partout des témoignages de sa puissance et des marques de son avènement. Finalement, il entre à l'Hôtel de Ville et se proclame Napoléon IV.

Du poste de police, il est conduit à l'Infirmerie spéciale, où la foi dans ses hautes destinées commence à s'ébranler. Les hallucinations persistent, mais plus rares; et le sujet, plus confus et plus obnubilé que délirant, convient qu'il est malade, qu'il est peut-être victime d'excès de fatigue et de boisson, et admet volontiers la discussion de ses croyances et de la réalité de son rêve. Actuellement, le progrès est encore plus sensible, mais on constate la persistance de certaines convictions morbides : le malade convient qu'il n'était pas Napoléon, que ses idées de grandeur étaient absurdes; mais il affirme cependant avoir entendu des bruits de fête, avoir été l'objet de l'attention générale ; peut-être, dit-il, les gens me remarquaient-ils à cause de l'éclat des différents costumes dont ils croyaient me voir revêtu : en réalité, j'étais habillé comme à présent, mais par suite d'une illusion, due probablement à un effet de

glace, ils me prêtaient des uniformes qui attiraient leurs regards.

C'est là un singulier et intéressant effort que fait le malade pour expliquer, avec les ressources d'une imagination fertile et d'une critique complaisante, l'étrange situation où il se trouvait. Il attribue, en somme, à l'erreur d'autrui l'effet de ses propres illusions, et nous donne ainsi un exemple instructif de cette curieuse aberration de certains aliénés, qui attribuent à leur entourage les accidents et les symptômes de la situation pathologique dans laquelle ils se trouvent eux-mêmes. Wernicke a proposé de désigner ce phénomène sous le nom de *transitivisme*.

L'examen physique ne décèle, en dehors des signes d'éthylisme plus haut indiqués, qu'une légère inégalité pupillaire avec un peu de paresse à la réaction lumineuse. Je n'insiste pas sur la banalité de ces troubles pupillaires, de constatation si fréquente dans l'alcoolisme chronique, surtout au cours des états cérébraux subaigus de l'intoxication. L'intelligence, voilée et désorientée par les troubles psycho-sensoriels, n'est pas affaiblie; il n'existe pas d'autre signe de méningo-encéphalite diffuse, et, par conséquent, le diagnostic de paralysie générale doit être écarté.

Le *pronostic* de cet état psychopathique hallucinatoire, subaigu et passager, est, en lui-même, bénin ; quelques semaines de repos dans l'isolement et de diète alcoolique suffiront à ramener la santé psychique, momentanement compromise chez cet homme par les poisons alcooliques. Malheureusement, nous devons réserver le pronostic d'avenir chez ce sujet comme chez le précédent à cause de la probabilité des rechutes psychopathiques sous l'influence de la reprise des habitudes toxiques. L'expérience populaire dit : « Qui a bu boira » ; l'expérience médicale ajoute : « Qui a déliré sous l'influence de la boisson délirera encore lorsqu'il boira de nouveau ».

Enfin, une dernière observation offre de grandes analogies avec celles des deux malades précédents ; il s'agit, en effet, d'une alcoolique chronique, dont les aptitudes

psychopathiques héréditaires se sont manifestées, sous l'influence des excès de boisson, par de riches réactions hallucinatoires et délirantes.

C'est une ménagère de quarante-trois ans, d'origine bretonne, fille de père et mère alcooliques, alcoolique elle-même (deux litres de vin au moins, plusieurs absinthes, gentianes ou cassis, petits verres de marc à jeun, chaque jour), chez laquelle se retrouvent les symptômes physiques de l'intoxication : tremblement menu et rapide des mains, pituites matinales, cauchemars, étourdissements et paresthésies variées, surtout nocturnes, dans les membres. D'un mari, qui semble moins buveur, ou toutefois moins sensible à la boisson que sa femme, elle a eu cinq enfants, dont les deux aînés, de dix-neuf et de vingt-cinq ans, sont bien portants, mais dont les trois autres sont morts avec des convulsions en bas âge. Cette *multinatalité* et cette *multimortalité infantiles*, classiques dans la descendance des alcooliques, marquent bien l'influence désastreuse de l'intoxication parentale sur la progéniture. L'histoire de cette femme démontre également que l'aggravation de cette influence nocive de l'alcoolisme des générateurs est proportionnelle à l'ancienneté et à l'intensité de l'intoxication, puisque les deux aînés, fils d'une mère moins intoxiquée, ont survécu, et que sont morts prématurément les cadets, enfants de la même femme, mais héritiers d'une mère plus anciennement et plus profondément alcoolisée. Ainsi se vérifie souvent, dans l'histoire de l'alcoolisme, cette loi biologique, que rappelle si judicieusement le Professeur Landouzy dans son enseignement, que les enfants successifs d'un même père ne sont pas toujours le produit d'une même hérédité.

Fille elle-même de parents alcooliques, notre malade, naturellement prédisposée par cette hérédité à l'appétence des boissons spiritueuses, devait réagir au poison en psychopathe constitutionnelle. Sous l'influence des excès de plus en plus considérables de boisson, peut-être aussi sous l'influence de l'âge critique qu'elle atteint, notre malade présentait depuis plusieurs mois un redoublement de ses accidents nocturnes habituels : insomnies, cauchemars ter-

rifiants, réveils en sursaut. Il y a quelques jours, elle devint anxieuse, agitée et franchement délirante. Elle voyait des ombres mouvantes, des formes bizarres, des apparitions lumineuses; mais, outre ces illusions et ces hallucinations visuelles, elle éprouvait surtout des troubles sensoriels auditifs, qui semblent avoir beaucoup prédominé dans l'organisation de son délire. Elle entendait des bruits dans les escaliers, des coups frappés à sa porte, des propos terrifiants : « Nous l'aurons bientôt; nous la tenons maintenant ! » des conversations injurieuses à son adresse, dont elle avait « les oreilles abasourdies ». Au comble de la terreur, la malade réveillait son mari pour lui faire entendre tous ces bruits et implorer son secours : celui-ci, d'ailleurs, la traitait de folle, et se rendormait. Notre malade, étonnée de cette indifférence, restait éveillée, en proie à des terreurs continuelles, guettant ses ennemis, et toujours sur la défensive. La dernière nuit, elle s'était barricadée dans sa chambre et refusa d'ouvrir à son mari qui revenait de son travail. Celui-ci fut obligé de recourir au commissaire de police qui nous adressa la malade.

Elle se présente encore anxieuse, quelque peu tremblante, confessant ses terreurs, ses idées de persécution, et incapable d'ailleurs de désigner ses ennemis. Elle ne se refuse pas à discuter avec nous la réalité de ses persécutions. Elle convient même implicitement de ses doutes, lorsqu'elle nous dit : « Ce sont peut-être des idées que je me fais ».

Cet état de calme relatif et de demi-lucidité des alcooliques délirants, dans la pleine lumière du grand jour, est une des lois de l'évolution clinique des accidents dans le nycthémère. Vous savez, en effet, que les troubles hallucinatoires et délirants des psychoses toxiques apparaissent d'abord et redoublent toujours le soir et la nuit, c'est-à-dire sous l'influence de l'ombre ; ces mêmes accidents tendent à disparaître quand revient le jour, c'est-à-dire sous l'influence de la lumière; aussi l'un des meilleurs moyens d'assurer aux alcooliques le calme et le repos de la nuit consiste-t-il à éclairer leur chambre. Pratiquement, l'un

des bons critères du diagnostic de la nature toxique des symptômes psycho-sensoriels dans les folies subaiguës est la notion de l'exagération des troubles sous l'influence de ce *réactif de la nuit*.

Cette malade, à peu près tranquille et raisonnable pendant la journée, devient, le soir, anxieuse et délirante ; aussi devons-nous, dans l'intérêt de l'ordre public et de sa sécurité personnelle, procéder à son *placement d'office*. D'ailleurs la lucidité n'est que très relative chez elle : vous l'entendez, en effet, affirmer la réalité extérieure des bruits et des voix qu'elle perçoit et sa croyance à un vague système de persécution, dont elle ne peut préciser les motifs ni les auteurs.

Le *pronostic* semble, malgré les hallucinations de l'ouïe et la débilité constitutionnelle du terrain, assez bénin, au moins quant aux accidents actuels. L'isolement et la diète d'alcool amèneront presque sûrement une amélioration rapide et une guérison complète des accidents.

J'ai choisi, pour les grouper ensemble, ces trois observations, dans la foule des cas d'alcoolisme subaigu, non seulement pour tracer l'histoire clinique des psychoses alcooliques subaiguës, mais pour mettre en lumière les modalités spéciales qu'imprime à la symptomatologie et à l'évolution du délire alcoolique proprement dit la *prédisposition psychopathique du terrain alcoolisé*. Cette prédisposition se marque par la richesse et le polymorphisme des troubles psycho-sensoriels, l'intervention et parfois même la prédominance des hallucinations de l'ouïe, la tendance à la systématisation et la durée plus longue du délire, essentiellement fertile en réactions médico-légales.

Ce délire, comme l'a démontré Lasègue, est bien un rêve, mais ce n'est plus alors un rêve pur, un rêve uniquement visuel, produit éphémère du seul automatisme psycho-sensoriel chez un sujet inconscient ou tout au moins très confus et très obnubilé. Dans ces cas de *rencontre hérédo-toxique* où le poison agit sur un terrain prédisposé, nous assistons à des *combinaisons pathologi-*

ques personnelles au sujet, secondairement éveillées par le poison. Ces cas, dont les trois observations précédentes nous offrent des exemples, figurent bien au dossier des psychopathies alcooliques, mais on pourrait dire qu'ils inaugurent la série des cas de transition qui s'échelonnent depuis le délire alcoolique pur jusqu'aux diverses vésanies, dans l'étiologie desquelles l'alcool ne représente plus qu'un *appoint occasionnel* et secondaire.

Dans l'interminable défilé des alcooliques, qui constitue plus du tiers de la clientèle de l'Infirmerie spéciale, j'ai pris, au hasard des occasions cliniques, quelques exemples de délires aigus ou subaigus, destinés à montrer quelques-unes des réactions psychopathiques de l'ivresse et des accidents subaigus chez les alcooliques chroniques. Mais il existe encore d'autres modalités cérébrales de l'alcoolisme, que je n'ai pu étudier ici, faute de place, notamment : *l'épilepsie absinthique, les délires chroniques de persécution* et, fréquemment, le *délire de jalousie*, l'évolution et les formes de la *démence* chez les alcooliques, etc. Dans les différents types de débiles, d'épileptiques, de déséquilibrés, d'instables, de vagabonds, d'impulsifs et de délinquants de tout ordre, se rencontrent les exemples les plus lamentables et les plus instructifs de l'*hérédo-alcoolisme*, dont les victimes, incapables de gagner leur vie, et candidats à l'assistance sociale sous toutes ses formes, d'une part, incapables, d'autre part, de s'adapter à la vie sociale, et candidats aux délits et aux crimes, constituent pour l'Etat la plus lourde des charges et le plus grave des fléaux.

J'aurais pu également aborder ici la question du *traitement prophylactique et curatif de l'alcoolisme*, dont tous les principes ont déjà été énoncés et répétés dans des travaux classiques, par des maîtres comme Magnan, Garnier, Sérieux, Legrain, etc... Mais à quoi bon ? Je ne pourrais que répéter la substance de ces travaux, sur *l'assistance et l'hospitalisation des alcooliques*, sur la *création d'asiles pour buveurs*, etc...

Je renvoie le lecteur aux ouvrages de ces auteurs, et je termine cette petite revue clinique, en souhaitant qu'elle donne la conviction de la fréquence croissante, de la haute gravité de l'alcoolisme et de la nécessité vitale pour notre malheureux pays d'enrayer les incessants progrès de ce fléau. L'alcoolisme, agent de toutes les dégénérescences physiques et morales, est en train, sous les yeux des pouvoirs publics indifférents et impuissants, de tuer notre pays : je ne saurais trop insister sur la vérité littérale de ce triste pronostic, et j'affirme que, dès à présent, on en pourrait inscrire la formule fatidique au fronton de tous les cabarets de France : *Finis Galliæ !*

CHAPITRE X

LA DOCTRINE DES CONSTITUTIONS

Dans sa leçon inaugurale, faite en novembre 1919, sur les Déséquilibres constitutionnels du système nerveux, le Professeur Ernest Dupré exposait lui-même, en une vue synthétique, l'ensemble de ses idées sur la pathologie mentale constitutionnelle.

C'est, en effet, dans l'étude des insuffisances et des dérèglements originels des fonctions nerveuses et mentales qu'il a le mieux manifesté l'originalité de son esprit et apporté les conceptions les plus neuves, devenues maintenant classiques. Il passait en revue très brièvement, parmi beaucoup d'autres constitutions, la débilité et la déséquilibration motrices, la constitution émotive, la constitution paranoïaque et la mythomanie.

Cette leçon, composée deux ans avant sa mort, peut être considérée comme un résumé fidèle de l'essentiel de son œuvre et, en quelque sorte, de sa philosophie psychiâtrique.

LA DOCTRINE DES CONSTITUTIONS

Les Déséquilibres constitutionnels du Système nerveux

J'ai le dessein d'esquisser, sous le titre général de *Déséquilibres constitutionnels du système nerveux*, une conception d'ensemble de la nosologie psychiâtrique, dans laquelle apparaîtront, en même temps que le programme de mon enseignement, une méthode d'analyse et un plan de synthèse, qui me semblent constituer une légitime préface à l'étude des affections mentales.

Si, comme l'a proclamé Bouchard, une doctrine est indispensable à la conception et à l'étude de la pathologie; si ce maître a édifié la doctrine des diathèses et des parentés morbides sur les éléments objectifs de l'humorisme moderne, je puis affirmer que, s'il est un domaine pathologique, où apparaît établie en fait, et non en hypothèse, et fondée sur l'objectivité, la conception des diathèses constitutionnelles et des tempéraments morbides, ce domaine est celui de la psychiâtrie.

La psychiâtrie, à laquelle, après dix ans d'études de pathologie interne et générale, j'ai consacré plus de vingt ans de ma vie, se présente à moi, non pas comme une spécialité, mais bien comme le couronnement même de toutes nos études, comme le sommet de l'édifice médical, d'où rayonnent les perspectives les plus étendues sur la connaissance individuelle et pratique, aussi bien que sociale et philosophique, de l'homme : de l'homme normal et anor-

mal, isolé ou assemblé en collectivités, de l'homme considéré, à travers l'histoire ou au temps présent, dans ses réactions naturelles ou morbides, et spécialement dans ses manifestations passionnelles, impulsives, délirantes ou criminelles.

Les maladies mentales, en effet, sont des maladies de la personnalité. Or, la personnalité, normale ou pathologique, représente la somme et la synthèse de toutes les activités, organiques et fonctionnelles, dont la synergie continue assure, dans l'espace et dans le temps, la vie de l'individu. Cette synergie est l'œuvre du système nerveux. Chez les animaux supérieurs, chez l'homme en particulier, c'est le névraxe, et principalement l'encéphale, qui représente l'organe de l'association fonctionnelle de tous les appareils. Aussi bien l'écorce cérébrale, véritable lieu géométrique de réception, de fusion et d'émission des activités de l'économie, nous apparaît-elle comme la représentation résumée, fidèle et complexe, de l'organisme tout entier.

Si c'est dans le cerveau que se manifeste l'énergie psychique, ce n'est pas dans le cerveau qu'elle s'engendre : elle naît ailleurs. C'est dans l'intimité de tous nos tissus qu'il faut chercher les sources primitives qui la dégagent. Ensuite, cette énergie, canalisée et cheminant le long des conducteurs nerveux centripètes, arrive aux territoires cérébraux. Là, elle s'emmagasine et se fixe sous forme de mémoire, se manifeste sous forme de sensations et tendances, s'associe en états affectifs et intellectuels, se traduit plus tard en sentiments et en idées. Enfin, au terme de cette élaboration centrale, l'influx nerveux rayonne à la périphérie, le long des conducteurs centrifuges, sous forme de sécrétions et de mouvements, dans les manifestations, d'ordre expansif ou inhibitoire, qui caractérisent l'activité du sujet ; activité d'abord réflexe et automatique, puis consciente et volontaire.

C'est en remontant ainsi aux sources organiques de l'énergie nerveuse et psychique qu'on reconnaît la nature primitivement sensitivo-motrice des éléments originels de la mentalité, qu'on peut se convaincre que notre psycholo-

gie est faite de notre physiologie, et que notre physiologie n'est autre chose que notre anatomie en mouvement. L'âme, pour emprunter ce poétique vocable aux vieilles philosophies, n'est donc que notre corps en activité.

Cette conception unitaire, somato-psychique, de l'organisme se déduit non seulement de l'étude de la psychogenèse, mais encore de l'observation médico-psychologique et clinique des anormaux et des aliénés, qui démontre que les maladies mentales procèdent d'anomalies de la sensibilité générale, d'altérations de la conscience organique, en un mot, de vices constitutionnels ou acquis de l'innervation générale.

Je passe ici sous silence, à dessein, les troubles mentaux secondaires aux encéphalopathies organiques, infectieuses et toxiques ; je considérerai seulement les maladies mentales de *nature constitutionnelle*, dont les caractères majeurs sont de relever surtout de l'hérédité, similaire ou dissemblable, directe ou indirecte, proche ou lointaine ; d'être dépourvues de tout substratum organique saisissable ; de se manifester par une symptomatologie plus ou moins systématisée, au long d'une évolution, continue ou cyclique, à tendance extensive ou progressive, de durée chronique et de nature le plus souvent incurable.

Etrangères à toute encéphalopathie organique actuelle saisissable, ces affections constitutionnelles semblent liées à des anomalies congénitales, ou précocement acquises, des régions du cortex où s'élabore l'activité psychique : anomalies de structure, de rapports ou de nutrition, encore inaccessibles d'ailleurs à nos techniques d'exploration microscopique ou chimique ; et elles se traduisent par des infirmités ou des perversions de la personnalité.

Ces dispositions psychopathiques, souvent légères et comme ébauchées, d'autres fois plus marquées et manifestes, même aux yeux des profanes, affectent tous les degrés, toutes les formes et toutes les combinaisons réciproques.

L'étude de ces constitutions anormales ou morbides se présente ainsi comme une introduction naturelle à l'initia-

tion psychiâtrique. En effet, ne nous fait-elle pas connaître le *terrain prédisposé*, où peut progressivement se développer et s'épanouir la maladie nettement caractérisée ? Ne nous révèle-t-elle pas les éléments de ce qu'on peut appeler l'*avant-psychose*, les éléments qui précèdent, préparent et expliquent, dans son éclosion et sa nature, la psychose ?

Les domaines dans lesquels s'accusent, en traits plus ou moins caractéristiques, ces débilités et ces déséquilibrés constitutionnels sont : d'abord, à la base de l'activité nerveuse de relations, ceux de la motilité et de l'émotivité ; ensuite ceux des appétits et des instincts; puis, beaucoup plus haut dans l'échelle psychologique, ceux de l'humeur, du caractère et de l'activité; enfin, ceux du sentiment et de l'intelligence.

I. *Déséquilibres constitutionnels de la motilité.* — Consécutifs à une incomplétude congénitale ou à des altérations discrètes et précoces des voies pyramidales, ils se manifestent par ce que j'ai décrit sous le nom de *débilité motrice*, ou par des anomalies diverses, qui indiquent ultérieurement, et sous des influences morbides variées (infections, intoxications, traumatismes), la moindre résistance et la vulnérabilité spéciale de l'appareil moteur.

a) La *débilité motrice* se marque par le retard d'apparition de la marche, de la préhension des objets, de l'équilibre ; par l'énurésie infantile prolongée, la persistance du signe de Babinski au delà de l'enfance, la surréflectivité tendineuse diffuse, la syncinésie, cette impossibilité de la résolution musculaire volontaire, que j'ai dénommée *paratonie*, la maladresse habituelle, souvent la gaucherie. Appartiennent à la même série sémiologique : la cataleptibilité, la tendance à la persévération prolongée des attitudes, la passivité et l'inertie, l'incapacité d'initiative et d'inhibition motrices.

La débilité motrice, dont le degré extrême, le *syndrome de Little*, représente une véritable *idiotie motrice*, est souvent associée à la débilité mentale en vertu de la contiguïté

et des connexions corticales des zones motrice et psychique. Mais cette association n'est pas fatale; car on observe des débiles psychiques agiles, adroits et doués d'aptitudes motrices remarquables. Par contre, certains sujets, doués de qualités intellectuelles et morales supérieures, sont de véritables débiles moteurs, inaptes à tout exercice musculaire, à la pratique des sports, au maniement des instruments de précision, à l'apprentissage de toute technique.

b) Le *déséquilibre* congénital de la motilité, associé ou non à la débilité motrice, se traduit par les tics, les spasmes, les tremblements, les stéréotypies, les catalepsies, la catatonie, les myoclonies, les chorées, l'agitation motrice congénitale continue, l'instabilité permanente, qui, soit spontanément, soit sous l'influence de chocs émotifs ou d'atteintes organiques légères, apparaissent comme les manifestations précoces, récidivantes, souvent chroniques, d'un déséquilibre moteur fondamental ; maintes fois, ce déséquilibre moteur s'associe à des états psychopathiques, plus ou moins graves, de débilité, de dépression ou d'excitation, d'anxiété et d'obsession, et enfin de délire ou de démence.

Ainsi se vérifie, dans leur étiologie, leur symptomatologie, leur valeur diagnostique et pronostique, le *parallélisme des manifestations motrices, d'une part, et psychiques, d'autre part*, en rapport avec l'insuffisance et le déséquilibre constitutionnels de zones corticales voisines.

Ce parallélisme s'accuse dans les associations suivantes: débilité mentale avec débilité motrice, par agénésie corticale commune et étendue; déséquilibre psychique avec déséquilibre moteur chez les tiqueurs, phobiques et obsédés; tremblements et spasmes chez les émotifs et anxieux; mobilité et labilité de l'esprit et de l'humeur associés à l'agitation et à l'instabilité de la mimique et de la musculature, chez les choréiques.

Le même parallélisme se poursuit, aux frontières de la pathologie mentale constitutionnelle, chez les hébéphréniques et les catatoniques, qui, dans la désagrégation con-

juguée de leur mentalité et de leur motilité, présentent des raideurs, des stéréotypies, du négativisme ou de la suggestibilité; de la discordance et de l'absurdité dans la mimique, les attitudes et les manières; de l'incontinence ou de la rétention, non seulement des réservoirs, mais, peut-on dire, de la pensée et du langage; enfin, de la déchéance terminale, plus ou moins précoce, de toute activité psychique et motrice.

Ce *parallélisme cinéto-psychique* se retrouve également dans la pathologie mentale acquise, au cours des encéphalopathies infantiles, des démences organiques, paralytiques et séniles, où les désordres et l'affaiblissement progressifs de l'esprit et du mouvement témoignent de l'étroite parenté qui relie, à l'état normal comme dans l'infinie variété des états anormaux, l'activité psychique et l'activité motrice.

II. *Constitution émotive.* — J'ai proposé, depuis près de dix ans, d'individualiser, sous le nom de *constitution émotive*, un mode particulier de déséquilibre du système nerveux, caractérisé par l'éréthisme diffus de la sensibilité générale, sensorielle et psychique, par l'insuffisance de l'inhibition motrice, réflexe et volontaire, et se traduisant par des réactions anormales dans leur degré, leur diffusion, leur durée, leur disproportion avec les causes qui les provoquent.

L'hyperémotivité, normale chez le nourrisson, très fréquente chez l'enfant (nervosisme infantile des anciens pédiatres), disparaît chez l'adulte, par le développement progressif des voies d'inhibition, qui assurent l'équilibre et la stabilité du système nerveux. Le plus souvent constitutionnelle et d'origine héréditaire, l'émotivité morbide peut être acquise et relever de causes pathogènes : infectieuses, toxiques et surtout traumatiques (commotions et émotions intenses ou répétées).

L'émotion, en effet, sensibilise souvent le système nerveux vis-à-vis des émotions ultérieures, et, par une sorte d'*anaphylaxie émotive*, peut créer l'émotivité constitution-

nelle. A l'opposé de ces cas, on peut observer, chez des sujets bien équilibrés, une accoutumance progressive à toute une série d'émotions, conférant ainsi, par la répétition même des chocs affectifs, une remarquable *immunité émotive*.

La constitution émotive se caractérise par une double série de signes permanents, physiques et psychiques.

Les signes physiques sont les suivants : vivacité diffuse de la réflectivité tendineuse, cutanée et pupillaire ; *hyperesthésie* sensorielle, avec réactions motrices vives, étendues et prolongées, principalement dans les domaines mimique et vocal; *déséquilibre moteur* : spasmodicité viscérale, pharyngo-œsophagisme, gastro-entérospasme, cystospasme avec pollakiurie, palpitations. Tremblement émotif, sous ses multiples aspects : trémulation des extrémités, tressaillements, tressautements, sursauts, frissonnements, claquements des dents, bégaiement; myoclonies passagères, tics, etc. *Inhibitions fonctionnelles* et impotences motrices transitoires : dérobement des jambes, mutisme, relâchement des sphincters. *Déséquilibre circulatoire :* tachycardie occasionnelle, souvent permanente et paroxystique; instabilité du pouls. Alternatives de vasoconstriction et de vaso-dilatation périphériques; dermographisme. Les rapports de ces troubles circulatoires, principalement de la *tachycardie permanente*, dont la guerre a multiplié les exemples, avec certaines formes d'hypertension artérielle, restent à déterminer, surtout chez des sujets indemnes d'artériosclérose et de lésions rénales. *Déséquilibre thermique :* variations objectives, appréciables à la thermométrie locale, et sensations subjectives de chaleur et de refroidissement, principalement aux extrémités. *Déséquilibre glandulaire :* variations, spontanées et provoquées par les chocs émotifs, des sécrétions sudorale, salivaire, lacrymale, gastro-intestinale, urinaire, génitale, biliaire. *Troubles de la réflectivité interviscérale*, par association, dans le domaine des grands appareils, de spasmes, de troubles sécrétoires, d'excitation ou d'inhibition fonctionnelles, déterminés par des réactions réflexes

anormales, s'exerçant d'un organe sur un autre, le long des voies vago-sympathiques ou cérébro-spinales.

Les signes psychiques sont : impressionnabilité, énervement, inquiétude, anxiété, irritabilité, impulsivité. Plus ou moins continus ou rémittents, souvent paroxystiques, ces états morbides alternent ou s'associent entre eux, et constituent un fonds permanent, un *terrain*, sur lequel apparaissent et se développent les *syndromes émotifs* : timidité, scrupules, doutes, obsessions, phobies, états anxieux simples ou délirants, angoisses, anomalies émotives psycho-sexuelles. Dans les cas plus graves, apparaissent des accès de mélancolie anxieuse, des états obsédants chroniques, avec passage aux délires incurables d'auto-accusation, d'hypocondrie, de négation.

L'émotivité constitutionnelle, qui peut s'allier d'ailleurs aux états normaux ou supérieurs de l'esprit et de l'affectivité, s'associe fréquemment à d'autres états morbides dégénératifs : débilité ou déséquilibre de l'intelligence, des sentiments et de la volonté; anomalies variées de la sensibilité viscérale, de la motilité ou de la nutrition.

La *psychonévrose émotive* se distingue nettement de la neurasthénie et de l'hystérie, avec lesquelles elle présente d'intéressants rapports d'association et de succession.

La *neurasthénie*, psychonévrose d'épuisement, constitutionnelle ou acquise, favorise l'émotivité et en aggrave les manifestations; et, inversement, l'émotivité, dans ses formes graves, peut provoquer, par l'épuisement secondaire du système nerveux, l'apparition des signes de la série neurasthénique : céphalée, insomnie, fatigabilité, troubles digestifs, etc...

L'*hystérie*, psychonévrose de suggestion et d'imagination, aboutit, par la collaboration de l'activité mythique et d'une véritable *psychoplasticité* organique, à la *simulation*, à la *contrefaçon de syndromes pathologiques* : crises, impotences, attitudes, perversions fonctionnelles, etc. ; véritables fictions d'ordre morbide, impossibles à distinguer, en elles-mêmes, des troubles présentés par les simulateurs intentionnels.

Or, le choc émotif et la constitution émotive favorisent l'apparition d'accidents hystériques chez les mythomanes prédisposés, par leur suggestibilité et leurs aptitudes mythoplastiques, à réaliser des attitudes et des situations d'ordre pathologique. A ses degrés extrêmes, l'émotion, trop forte ou trop faible, met moins facilement en jeu la suggestibilité de l'hystérique que dans ses degrés intermédiaires. Car une émotion trop faible le laisse indifférent, et une émotion trop forte paralyse l'activité psychique. Ainsi s'explique la rareté relative des réactions hystériques, démontrée par Babinski, dans les grandes émotions.

Il faut rapporter à la pathologie de l'émotivité les troubles autrefois indûment attribués à l'hystérie et plus haut énumérés comme les stigmates objectifs de la constitution émotive. L'explosion paroxystique de ces troubles, souvent provoquée par un violent choc moral ou un vif ébranlement sensoriel, constitue la *grande crise émotive*, avec le tableau dramatique de son anxiété et le cortège de ses troubles moteurs, cardio-vasculaires, sécrétoires, etc... A l'occasion de ces crises morales, l'hystérie peut prendre la suite de l'émotion, la prolonger et l'amplifier dans ses manifestations, s'y substituer parfois complètement, dans un *complexus émotivo-pithiatique*, où s'associent les éléments sincères de l'émotion primitive aux éléments suspects de l'hystérie surajoutée.

Ainsi s'affirme l'existence d'une *pathologie autonome de l'émotivité*, dont l'histoire médico-légale des grandes catastrophes et des accidents du travail avait déjà démontré la légitimité et l'importance, et que la dernière guerre a enrichie d'une documentation expérimentale si abondante, si variée et si décisive. Et cette pathologie de l'émotivité, qui repose, non sur des lésions organiques, mais sur des déséquilibres fonctionnels d'une constatation objective facile, est dominée par la notion de la constitution émotive, congénitale ou acquise, reconnaissable à ses signes subjectifs et objectifs, et susceptible d'éclairer aux yeux du médecin toute la personnalité du malade.

III. *Perversions instinctives.* — L'instinct de conservation est relatif à la vie, à la propriété, ou à l'extension de la *personnalité.* Les anomalies par défaut de cet instinct, caractérisées par l'insuffisance ou la nullité de l'attachement à la vie, aboutissent à cette variété spéciale de mélancolie lucide, qu'on a décrite sous le nom de *spleen*, avec dégoût de l'existence, tendance permanente et propension paroxystique au suicide. Il existe ainsi, par transmission héréditaire de cette perversion, des *familles à suicide* où beaucoup de victimes se tuent au même âge, de la même manière, parfois au même endroit.

Les anomalies par défaut de l'*instinct de propriété* et d'épargne sont représentées par la prodigalité et la dissipation, la manie des cadeaux, des achats, la passion du jeu, la poursuite indéfinie et ruineuse d'inventions, d'observation courante chez beaucoup de débiles et de déséquilibrés.

Les anomalies par excès du même instinct s'observent chez les *avares constitutionnels*, parmi lesquels les *mendiants thésauriseurs*, dont j'ai décrit l'histoire, qui, victimes de l'hypertrophie et de la déformation progressive de l'instinct d'épargne, succombent, sur un trésor, aux privations, à la faim et au froid. L'exagération maladive du même instinct est à la base de la *cupidité*, de l'*insatiabilité*, du besoin d'acquérir et des diverses formes de *collectionnisme* systématique, inutile et coûteux.

Le *sentiment de la personnalité* a ses anomalies par *défaut* et par *excès*. Les premières sont représentées par les éléments suivants, constatés chez certains déprimés chroniques : humilité, passivité, effacement, esprit de restriction et d'isolement, propension au renoncement et au sacrifice ; tendance aux états mélancoliques et au suicide. A la série opposée appartiennent les diverses variétés d'*hypertrophie du moi*, qui s'affirment dans l'égoïsme, l'autophilie, l'*orgueil*, le sentiment de supériorité et le besoin de domination. L'orgueil est un des attributs constants et spéfiques, comme nous le verrons, de la constitution para-

noïaque, chez des déséquilibrés ambitieux, d'ailleurs souvent intelligents.

Chez les débiles, l'hypertrophie de la personnalité se révèle, à cause de la faiblesse du jugement, par la *vanité*, le goût de la parade et de l'ostentation, le besoin de donner de soi-même une opinion avantageuse, d'étonner et d'éblouir l'entourage. Cette vanité s'associe habituellement à la crédulité et à la mythomanie sous forme de hâblerie fantastique, de récits extraordinaires de prouesses, d'aventures héroïques,, de bonnes fortunes, parfois même d'auto-accusations criminelles.

L'*instinct de génération* est faible ou nul dans l'*agénésie* et la *frigidité* constitutionnelles, que révèle un état permanent de continence sexuelle et de chasteté. Il est exagéré dans l'*érotisme*, continu et paroxystique, ou périodique, aboutissant parfois à des accès d'*ivresse sexuelle* avec fureur destructive, impulsions criminelles au viol et au meurtre, bien connues en médecine légale, et dont j'ai écrit l'histoire, à propos d'une expertise déjà ancienne, en réunissant, sous le nom de *crime de type Soleilland*, de nombreuses observations semblables de viol et de meurtre d'enfants, avec dissimulation du cadavre accusateur.

Lorsqu'à l'érotisme impulsif s'associent la perversité et la cruauté constitutionnelles, apparaissent alors le *sadisme* et le *sadi-fétichisme*. Enfin, je me borne ici à signaler seulement les autres variétés bien connues de perversions sexuelles, spécifiées aussi par leur caractère obsédant, impulsif et récidivant, nettement constitutionnel : *l'onanisme*, l'*exhibitionnisme*, le *masochisme*, la *bestialité*, le *vampirisme* ou nécrophilie, enfin et surtout *l'homosexualité*, dans sa variété vraie, irrésistible, caractérisée par l'attirance exclusive du sujet vers son propre sexe, avec répulsion vis-à-vis du sexe contraire.

Des perversions de l'instinct de reproduction se rapprochent les *anomalies par défaut ou par excès des sentiments paternel et maternel :* antipathie et répulsion pour l'enfant, négligence, incurie, sévices et infanticides; à cette anomalie se rattache l'histoire des marâtres et des enfants

martyrs, récemment bien exposée par Tissier et Variot. Les exagérations et perversions de l'*instinct parental et filial* aboutissent à des états passionnels, à des pratiques érotiques et à l'inceste. On sait quelle importance religieuse et sociale s'attachait, dans l'antiquité, au crime incestueux et à ses conséquences, si dramatiquement exposées par les tragiques Grecs.

L'*instinct de sociabilité*, à base de sympathie et d'altruisme, fondé sur le besoin de l'*entr'aide mutuelle* et le sentiment de *solidarité sociale*, est, chez beaucoup de débiles et d'anormaux, soit absent ou rudimentaire, soit même perverti et remplacé par des tendances contraires à l'antipathie. On observe alors les diverses manifestations de la malignité, de la destructivité, et d'une criminalité instinctive exercée contre autrui, contre la société, sans autre but que la satisfaction de la tendance impulsive au mal. Cette perversité maligne, fondement de la folie morale, se révèle de très bonne heure par des réactions précoces, qui caractérisent certaines variétés des enfants anormaux : paresse, inertie, indocilité, impulsivité, entêtement dans l'opposition et le négativisme, indifférence affective, irritabilité, état coléreux continu et paroxystique, inéducabilité, cruauté, sévices contre les animaux et les autres enfants ; plus tard délinquance à répétition, fugues et vagabondage, mendicité, vols; criminalité infantile et juvénile ; récidivisme incessant de la faute ; irréductibilité des tendances vicieuses. Plusieurs de ces dégénérés ne manquent pas d'intelligence et se montrent capables d'instruction et d'une certaine culture, d'ailleurs souvent incomplète et mal comprise. La plupart sont menteurs, dissimulés, fabulateurs et se montrent très inventifs dans la calomnie, les mystifications cruelles, les fausses accusations et délations, orales ou écrites, adressées sous forme de lettres anonymes à leur entourage ou aux autorités : ce sont là les diverses variétés de la *mythomanie maligne*. C'est chez ces sujets que se rencontrent les jeunes incendiaires, les prostituées, les apaches, les vandales, les vampires, les empoisonneurs et surtout les empoisonneuses.

Ces êtres anormaux et antisociaux, qui sont les pires produits de la dégénérescence mentale, sont fréquents dans la descendance des alcooliques. Porteurs de malformations variées, souvent épileptiques, ils présentent, associées à leur imbécillité morale, de multiples tares de même origine : perversions sexuelles, toxicomanies, tics, obsessions, etc...

On conçoit l'importance et l'intérêt qui s'attachent, en psychiâtrie et surtout en médecine légale et en criminologie, à la connaissance de ces perversions constitutionnelles des instincts de conservation, de génération, et de sociabilité, qui dominent la personnalité dans toutes ses réactions envers la famille et la société.

IV. *Constitution paranoïaque.* — Il faut entendre sous ce terme, expressif et commode, un déséquilibre constitutionnel de la personnalité caractérisé par trois éléments : 1° l'*hypertrophie du moi*, l'orgueil, le sentiment de sa supériorité ; 2° la *nature ombrageuse et méfiante de l'humeur*, la tendance à la méconnaissance hostile de l'entourage, avec interprétations malveillantes des actes d'autrui ; 3° la *fausseté du jugement*, la déviation permanente des facultés dialectiques de raisonnement et d'inférence; une altération de la logique, se traduisant par des appréciations unilatérales, égoïstes, tendancieuses, absolument irréductibles. Ce vice constitutionnel du jugement porte le paranoïaque, orgueilleux et méfiant, à des interprétations erronées sur lui, sur son milieu et son entourage ; ces interprétations forment la trame d'un véritable système délirant, soit de persécution, soit de grandeur, suivant la prédominance chez le sujet de la méfiance soupçonneuse, ou de l'orgueil ambitieux. Aux périodes avancées, les deux idées délirantes de persécution et de grandeur coexistent ou se succèdent les unes aux autres, les idées de persécution s'effacent lentement devant les idées de grandeur.

La constitution paranoïaque, fondement des *délires interprétatifs* purs, préside aussi à la genèse des *délires hallucinatoires* et des *délires imaginatifs* chroniques.

V. *Constitution mythopathique.* — Le déséquilibre constitutionnel de l'affectivité et de l'intelligence peut intéresser non seulement le jugement, mais encore et surtout l'imagination, et troubler plus ou moins gravement les facultés de discernement de la réalité objective. Le sujet est ainsi porté à altérer la vérité, à mentir, à fabuler, à simuler ; en un mot, à substituer à la perception de la réalité la croyance à des événements imaginaires, à des faits inexistants, souvent d'ailleurs fantastiques et matériellement impossibles.

Cet état d'esprit constitue la *mythomanie*, laquelle est normale chez l'enfant, en vertu de l'insuffisance, à cet âge, des facultés de discernement et de jugement, et de ces opérations de comparaison, de contrôle et de critique que l'expérience apporte plus tard à l'esprit, comme des éléments réducteurs de la crédulité et de l'imagination.

La mythomanie est à la fois passive et active. *Passive* ou *mythomanie de répétition*, elle se marque par la crédulité, la suggestibilité, la faiblesse du jugement et de la critique. *Active* ou *mythomanie d'émission*, elle se caractérise par l'exubérance de l'imagination créatrice, par l'inventivité romanesque, par la tendance à la fabrication et à la création de situations fictives, à la simulation de scènes et d'attentats fantastiques.

Ces deux pôles complémentaires de la mythomanie, qui expliquent la facilité et la rapidité avec lesquelles le mythomane se dupe lui-même et se prend à son propre piège, coexistent le plus souvent en proportions respectives variables.

L'*hystérie*, les états *pithiatiques* représentent pour moi une espèce particulière du genre mythomanie. Chez l'hystérique, la mythomanie, active et passive, se combine à une aptitude spéciale du sujet à la psychoplasticité, grâce à laquelle se réalisent et se maintiennent, par auto et hétéro-suggestion, des attitudes morbides, des syndromes le plus souvent neuropathologiques. Ces syndromes sont le produit de la contrefaçon par la synergie de l'esprit et du corps, du pathologique. Lorsque cette contrefaçon est im-

posée longtemps par l'auto-suggestion, elle peut être sincère et durable, et aboutir à une chronicité qu'on peut, par une comparaison imagée, assimiler à une sorte d'*ankylose psychique*. Mais, dans l'immense majorité des cas, le syndrome hystérique, est, comme l'a démontré Babinski dans de mémorables travaux, transitoire et curable par persuasion. Lorsque la persistance anormale de la situation hystérique est d'accord avec l'intérêt moral ou matériel du sujet ou ce qu'il croit être son intérêt, au cours d'un procès civil, par exemple, chez les accidentés, ou de la poursuite d'une réforme avec gratification, chez les militaires, l'hystérie se confond avec la simulation intentionnelle, surtout si elle se complique du refus de traitement, de variations paradoxales dans le degré ou la forme des symptômes. En pareil cas, sans critère diagnostique ferme, on peut être amené moralement à conclure à l'existence de la simulation. Ces persévérations, chez certains débiles et chez certains paranoïques, se compliquent d'idée prévalente de revendication et d'une sorte de claustration volontaire, dans sa décision morbide, du sujet, qui s'agrippe à son infirmité et refuse obstinément toute espèce de traitement.

Toutes les transitions, tous les degrés s'observent entre la mythomanie sincère et l'hystérie d'une part, et la simulation intentionnelle d'autre part.

La constitution mythomaniaque se traduit par d'autres états morbides des plus intéressants, tels que les *états de rêverie*, sur lesquels je ne puis insister ici ; les véritables *délires imaginatifs*, *aigus* ou *à éclipse*, le plus souvent symptomatiques d'états hypomaniaques, toxiques ou organiques. En pareil cas, l'appoint de l'excitation maniaque, alcoolique ou inflammatoire, en mettant en jeu l'imagination morbide chez le prédisposé, révèle les aptitudes mythopathiques constitutionnelles du malade.

Chez les grands déséquilibrés de l'imagination peuvent apparaître et se développer des *délires imaginatifs de grandeur durables*, *chroniques*, systématisés, à thème rétrospectif indéfini, relatif à des existences antérieures, à des

migrations interplanétaires ; ou à thème familial, nobiliaire, avec idées de persécution généralement accessoires.

On conçoit l'intérêt étiologique, clinique et pronostique des *combinaisons* de ce déséquilibre imaginatif avec la débilité mentale, la paranoïa, la manie intermittente ou chronique, avec les perversions instinctives, telles que la vanité, la malignité, la cupidité, la lubricité, etc. Ces diverses associations morbides s'expriment dans les manifestations variées de la mythomanie vaniteuse, de la mythomanie maligne, de la mythomanie perverse, avec leurs fabulations inventives, leurs habiles simulations, leur organisation de scènes fictives, leur création de titres de noblesse ou de fortune, leur prétention à l'escompte d'héritage fabuleux, chez les escrocs et agioteurs de haute marque, les grands aventuriers, les Don Juans professionnels, etc...

Je viens d'exposer, dans une revue sommaire et rapide, la *série des constitutions morbides*, sur lesquelles repose, en grande partie, la pathologie mentale inorganique. Ces constitutions psychopathiques sont, en effet, des anomalies, foncières et permanentes, d'ordre pathologique. La constitution morbide ne consiste pas en un simple défaut de caractère, pas plus que dans ces états qualifiés d'originalité, d'excentricité ou de bizarrerie ; elle ne se confond pas non plus avec le tour singulier ou les travers dominants de certains esprits, qui ont fourni aux moralistes ou aux critiques littéraires la matière de leurs analyses et les modèles de leurs portraits, à la manière de Théophraste ou de La Bruyère. La constitution morbide, au sens psychiâtrique, possède en elle-même une signification nosologique ; elle apparaît comme l'ébauche et le germe d'une affection mentale en puissance, d'ailleurs souvent conciliable avec un état suffisant de santé psychique. Mais les dispositions psychopathiques sont toujours susceptibles de s'aggraver et de réaliser un véritable tableau clinique, soit à la suite d'un ébranlement occasionnel du système nerveux, soit par accentuation spontanée des aptitudes constitutionnelles. Aussi bien, avant l'apparition d'un pa-

roxysme aigu, d'une crise délirante ou avant le début d'une psychose chronique, l'aliéniste, expert dans la connaissance subtile et rapide des anomalies psychiques, peut-il reconnaître autour de lui, souvent parmi les parents de ses malades, les traits caractéristiques des prédisposés et des candidats à l'aliénation mentale.

La notion des constitutions psychopathiques éclaire le sens, précise la nature et consacre, dans la pratique, la valeur positive des notions, d'ailleurs justes, mais parfois un peu théoriques et un peu vagues, de l'hérédité, de la dégénérescence et de la prédisposition.

Maintes fois, ces constitutions, seulement ébauchées, demeurent durant toute l'existence à l'état d'esquisse, sans jamais s'accentuer en traits vraiment pathologiques : elles stigmatisent alors, dans leurs attitudes et leurs réactions, ces personnages singuliers, souvent solitaires, dont on rencontre dans le monde les types les plus variés. Mais lorsque la constitution psychopathique, par l'exagération progressive de ses traits morbides, évolue vers un véritable tableau clinique, on peut aisément reconnaître que la maladie mentale n'est que l'accentuation, temporaire ou durable, souvent la *systématisation* et comme la *cristallisation* des anomalies constitutionnelles antérieurement constatées.

Réalité clinique, à sémiologie objective, et d'ordre psycho-neurologique, la constitution morbide représente donc, en psychiâtrie, une notion solide, féconde, pleine d'enseignements pour le diagnostic et le pronostic, contenant la formule psychologique de nos malades, puisqu'elle en éclaire le présent et en dévoile l'avenir ; ces notions ouvrent toute grande la porte qui donne accès au vaste domaine de la psychiâtrie, et permet d'en mesurer, d'un seul regard, l'étendue, la richesse et l'intérêt.

TABLE DES MATIÈRES

I. PATHOLOGIE DE L'IMAGINATION

II. PATHOLOGIE DE L'ÉMOTIVITÉ

Soc. Anon. Imprimerie de Navarre, 5, rue des Gobelins, Paris.